

**Certificat : Psychothérapie-
Intervention et évaluation
psychologiques**



Travail de fin de formation

Travail de fin de formation réalisé par
SEFFER Emilie

Promotrice
SARTO Danielle

Lectrice
WOUTERS Lidwine

Année Académique 2019-2020

Table des matières

I.	Introduction	1
II.	Conceptualisation de cas	2
1.	Données anamnestiques	2
2.	Inventaire des problèmes psychologiques et des ressources pertinentes	4
3.	Concrétisation des problèmes psychologiques	5
4.	Diagnostics psychiatriques selon le DSM-5	7
5.	Conceptualisation holistique	8
6.	Modélisation processuelle des problèmes psychologiques	12
III.	Référence théorique pertinente	13
1.	L'activation comportementale	13
2.	Estime de soi et autocompassion	15
IV.	Intervention thérapeutique	19
1.	Elaboration du plan thérapeutique	19
2.	Considérations sur la relation thérapeutique	21
3.	Projet d'évaluation des différentes interventions	22
4.	Illustration d'une intervention	23
V.	Conclusions	24
VI.	Références bibliographiques	26

I. Introduction

Cela fait aujourd'hui douze ans que je travaille au sein d'un service de santé mentale de la région verriétoise. Mon temps de travail se répartit équitablement entre un service de consultation psychologique ambulatoire ainsi qu'un centre de jour psychothérapeutique. Ces deux pratiques, très diversifiées tant au niveau populations qu'interventions, se nourrissent mutuellement. Je souhaite que ce travail, et ces trois années de formation, viennent concrètement alimenter ma pratique clinique quotidienne. Etant donné mon contexte de travail, un grand nombre de thèmes pouvait être pertinent.

Notre public en centre de santé mentale est assez hétéroclite. Cependant, de par nos tarifs assez bas nous offrons la possibilité à un public fragilisé et en situation souvent précaire de bénéficier de consultations sociales, psychologiques et psychiatriques. Sans faire de généralité absolue, nous constatons que le statut socio-économique des bénéficiaires est très souvent bas voire très bas. Ils sont souvent sans emploi, ont fait peu d'études et ont des revenus parfois tellement faibles que certains éprouvent des difficultés à se loger, s'alimenter ou se soigner.

Au-delà de ces considérations purement économiques. Nous constatons également chez la majorité de nos patients un contexte psycho-social souvent difficile. Les abus, la négligence, les séparations et/ou les pertes viennent régulièrement participer à l'origine ou au maintien des troubles psychologiques.

L'ensemble de ces caractéristiques constitue un terreau très fertile à une problématique de basse estime de soi. Dès lors, et vu le caractère longitudinal et transdiagnostique de ce processus il nous est apparu important de pouvoir proposer un outil adéquat.

Dans un premier temps, nous avons souhaité mettre en place un groupe d'estime de soi « classique » au sein du centre de jour, au fur et à mesure de mes recherches j'ai découvert le concept d'autocompassion. Celui-ci m'a particulièrement interpellé. Il pouvait être une réponse pertinente aux problématiques que nous rencontrons au quotidien. En effet, beaucoup d'auteurs s'accordent pour dire que le développement de l'autocompassion favorise une meilleure résilience et une plus grande stabilité émotionnelle. Ceci est particulièrement vrai pour les populations précarisées matériellement et affectivement que nous avons malheureusement l'habitude de côtoyer aux seins de nos services.

C'est ainsi qu'un groupe visant à augmenter son autocompassion allait voir le jour. La théorie est rassemblée. Nous nous penchons, une collègue ergothérapeute et moi, sur la mise en pratique concrète de ce groupe et commençons l'expérience ensemble. La pandémie de coronavirus est venue troubler notre programme et nous a malheureusement contraint à suspendre temporairement notre groupe (seules deux séances ont eu lieu). Cependant, les consultations ont quant à elles continué... par médias interposés

dans un premier temps, puis, progressivement en présentiel. Je vais donc exposer, dans le présent travail, l'analyse de cas détaillée d'une patiente qui présente les critères nécessaires pour entrer dans notre groupe et tenter d'illustrer la future implémentation d'une intervention d'autocompassion au sein de sa problématique.

II. Conceptualisation de cas

1. Données anamnestiques

▪ *Contexte de la demande*

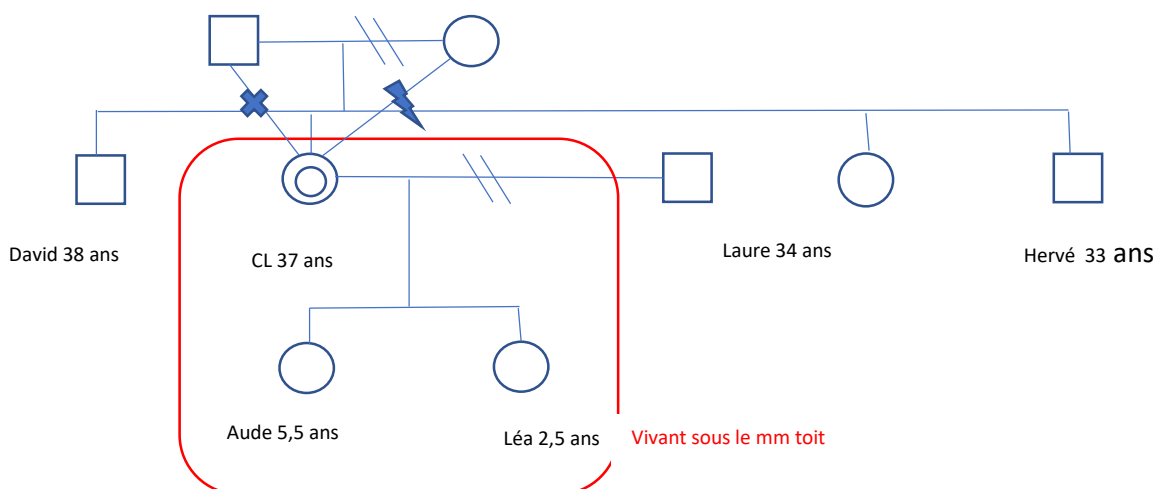
La situation que nous allons modéliser dans ce travail est parvenue au sein du département dispensaire par l'intermédiaire d'une psychiatre. Celle-ci travaille à la fois en ambulatoire au service de santé mentale ainsi que dans une clinique psychiatrique de la région.

Madame CL mère célibataire âgée de 37 ans est restée 6 semaines hospitalisée pour une dépression importante (désinvestissement parental et idéation suicidaire).

Pourquoi consulter maintenant ? à la différence d'une démarche personnelle, madame est dans un processus d'hospitalisation et de post hospitalisation. Dès lors, elle a été orientée vers un suivi psychologique et bien que cette démarche ne soit pas « spontanée », madame adhère complètement à la nécessité d'un suivi régulier. Sa demande selon ses termes est la suivante : « J'ai besoin d'aide pour m'occuper de mes filles et retrouver de l'énergie ». Madame me confie un de ses écrits réalisés lors d'un groupe de parole à l'hôpital (cf. annexe 1). Je trouve éclairant de le joindre à ce travail tant il est représentatif de sa réalité, de sa façon de vivre les choses.

▪ *Famille, enfance, adolescence*

Génogramme



Madame rapporte peu de souvenirs de son enfance. La violence parentale est mise à l'avant plan. Son papa était alcoolique et avait fréquemment des crises de colère (il faisait valser les meubles) mais pas de violence envers les enfants. Il avait plutôt une attitude indifférente à leur égard. Sa mère se montrait très changeante, tantôt « calme » tantôt violente verbalement et physiquement (enfermement et fessées). Elle travaillait et confiait souvent les tâches ménagères à ses filles. Les parents se sont séparés lorsque madame avait une dizaine d'années. Elle a continué à voir son papa de manière épisodique puis de plus en plus rarement. Aujourd'hui cela fait 15 ans qu'elle ne l'a plus vu. Madame qualifie ses relations avec sa mère de « compliquées ». Sa maman lui apporte de l'aide mais ne rate pas une occasion de se montrer jugeante et dévalorisante. Ses relations avec la fratrie sont assez rares mais bonnes avec son frère cadet et sa sœur. Elle ne fréquente plus son frère aîné (incompatibilité de caractère entre sa belle-sœur et le reste de la famille)

▪ *Couple, vie amoureuse et sociale*

CL a rencontré son compagnon à la fin de ses études. Elle avait 23 ans. Madame explique avoir été très amoureuse. Leur désir commun d'enfants a été mis à rude épreuve. Il a en effet fallu 10 ans avant que leur première fille ne voit le jour. Madame a été particulièrement marquée par cette période longue et pénible. Une deuxième petite fille viendra compléter la famille 3 ans plus tard (sans difficulté). Au fil des années, la relation s'est détériorée (remarques désobligeantes, absences répétées du conjoint, lassitude réciproque, infidélité.). Madame décide de quitter son mari après 14 ans de vie commune et deux ans de réflexion. Les enfants sont actuellement en garde partagée (une semaine chacun). Elle dit avoir vécu la séparation dans un premier temps comme un soulagement puis elle a eu un gros « contre coup ».

Au niveau social, madame est actuellement assez isolée. Or ce n'était pas le cas avant. En effet, elle a, par le passé, été assez active : chef d'unité scout, association de parents, chorale, conservatoire... Ses différentes activités lui ont permis de tisser des amitiés solides (dans les mouvements de jeunesse en particulier)

Cependant, ses contacts sociaux se limitent pour le moment à des services d'« aide » (SSM, aide familiale, AMO, médecin). Elle limite les contacts avec son entourage et n'a que de rares contacts téléphoniques avec ses amis et sa famille.

▪ *Scolarité et emploi*

Madame a vécu sa scolarité de manière très contrastée. Elle a adoré l'école primaire. Véritable bouée de secours par rapport au climat familial très pesant. Bien que de nature timide et réservée, elle avait des amies et les apprentissages se passaient bien. Les choses se corsent en secondaire. Elle y rencontre beaucoup de difficultés d'intégration. Son look « has been », le manque d'argent pour des activités annexes et la cruauté des certains adolescents ont, selon elle, vite fait de lui coller l'étiquette « de pauvre fille » (pour reprendre ses termes) qu'elle conservera toutes sa scolarité. Notons que l'attitude d'une éducatrice durant ses études lui a été particulièrement secourable. Cette dame s'est montrée disponible et lui a offert un refuge quand il lui était vraiment trop difficile de rester seule. Forte de cette expérience,

Madame CL décide de devenir elle aussi éducatrice. Ses études supérieures se passent bien. Elles y tissent des relations amicales satisfaisantes. Elle adore ses études et réussit son cursus sans embuches. Ce diplôme est une véritable fierté dans une famille qui a peu ou pas étudié.

Elle est immédiatement engagée au sein d'un établissement scolaire. Elle adore son boulot. Elle relève cependant des difficultés relationnelles avec certains collègues.

▪ *Loisirs*

L'histoire de vie de Madame indique qu'elle a de nombreux centres d'intérêts : musique, mouvement de jeunesse chant, culture, ... Toutes ces activités sont pour le moment au point mort. L'énergie et les finances (séparation et baisse de revenu dû à la maladie) manquent. Elle explique cependant que son hospitalisation lui a permis de retrouver un certain plaisir à faire des choses (notamment les ateliers d'ergothérapie)

▪ *Santé et médication*

Madame est actuellement sous traitement médicamenteux (Effexor, abilify(1 jour sur deux) trazolan zolpidem). Ce traitement a été récemment revu et lui convient bien. Elle ne présente pas d'autres problèmes de santé particulier. Elle a, par le passé, déjà consulté une psychologue dans le privé (au moment de son combat pour devenir maman). Elle garde un bon souvenir de cette rencontre qui, selon elle, lui a permis de tenir le coup émotionnellement et professionnellement avant d'avoir sa première fille. Le suivi prendra fin entre la naissance de ses deux enfants.

▪ *Observations cliniques*

Madame est régulière et investie dans son suivi et ce malgré la fatigue. Elle possède de bonnes capacités d'introspection. Elle présente un surpoids important et ne semble pas prendre beaucoup de soin à se mettre en valeur. Il y a, durant l'entretien régulièrement de longs silences (lors des concrétisations notamment) ou elle se met généralement à pleurer. J'ai souvent eu la sensation dans ces moments précis d'assister en direct à ce qui faisait réellement sa problématique.

2. Inventaire des problèmes psychologiques et des ressources pertinentes

L'inventaire des problèmes

Dans cet inventaire il convient de classifier les plaintes émises par madame ainsi que les observations faites durant les premiers entretiens. Il y a :

- Les problèmes psychologiques :
 - Réaction affective dépressive
 - Ruminations « auto-critiques »

- Les conséquences de ces problèmes :
 - Retrait social

- Sieste
- Alimentation excessive
- Prise de poids

L'inventaire des ressources :

Vous retrouverez l'inventaire des ressources dans la représentation schématique de la conceptualisation holistique (p.9)

3. Concrétisation des problèmes psychologiques

Comme l'ont souligné l'ensemble des enseignants que nous avons eu cette année, la concrétisation est absolument indispensable à la compréhension du problème. Bien entendu pour le thérapeute mais aussi et surtout pour la patiente qui, dans ce travail de concrétisation, peut déjà spécifier et différencier les situations problématiques. « Sans concrétisation, le problème n'existe pas ! » (F. Neff)

Les questions de Brinkman (as cited in Gomez, 2017) ainsi que des auto-observations ont servi de support à ces concrétisations.

➤ Réactions affectives dépressives

Problème = lassitude intense et débordante dans les activités du quotidien

Il faut s'occuper des filles en soirée, appel téléphonique, se laver, faire le ménage, ...

- Emotions : Abattement, lassitude
- Cognitions : « Je n'ai pas le courage... », « C'est pénible ! »,
- Comportements : Parfois elle essaye de faire ce qu'il « faut » mais pas plus, silencieuse comme hermétique à ce qu'il se passe, un robot. D'autre fois elle jette l'éponge.
- Sensations corporelles : fatigue intense (« impression de ne plus avoir de sève », sensation de lourdeur (« j'ai le monde sur mes épaules »))

Depuis quand : Madame dit n'avoir jamais été une « pile électrique » mais elle parvenait à assumer le quotidien. Les choses sont devenues beaucoup plus compliquées quelques mois après sa séparation. Pour Madame Cl s'occuper de ses filles lui a toujours demandé de l'énergie. Et plus particulièrement s'occuper des besoins de base (sommeil, alimentation, rdv,)

Au niveau topographique nous relevons les exemples suivants :

- La maison nécessite des travaux de rénovation. Madame possède les fonds (prêt à la rénovation) pour le faire et cela lui permettrait, à terme, de réaliser de belles économies. Bien que consciente des motivations, elle se dit submergée par une vague de lassitude. Elle reporte à plus tard dans la journée, puis plus tard dans la semaine et rien ne se fait.

Cause interne / externe : Les attributions sont uniquement internes

Circonstance d'apparition (non) : Il semble que la solitude et le caractère « ménagé » des activités aient une importante influence. En effet, bien que cela soit difficile, elle semble avoir plus d'allant pour les

activités plus récréatives (aller dans un parc animalier, faire un petit marché local ou aller se promener avec ses filles...). Notons que ces activités ont été jusqu'à récemment encadrées avec un service d'aide à la jeunesse mais progressivement elle semble s'autonomiser à ce niveau.

Les remarques négatives de sa maman (« Ce n'est quand même pas compliqué de faire un repas, tu ferais mieux de te bouger un peu au lieu de manger comme tu le fais ! » « Avant d'aller te promener au zoo, tu ferais mieux de faire ton linge, toutes tes mannes débordent ! ») affectent fortement madame.

Conséquences / répercussions : elles sont de plusieurs ordres :

- une altération de l'image de soi et, par voie de conséquence, une plus grande tendance à l'auto-évaluation négative d'elle-même.
- un lieu de vie encombré, peu accueillant et ressourçant qui, en s'empirant, affecte aussi son moral et sa motivation.
- des difficultés à s'extraire de chez elle pour des activités plus plaisantes estimant que le plaisir doit venir après que le nécessaire soit fait (ménage, repas, linge, ...).
- ses filles en manque d'activités ont naturellement tendance à être plus « difficiles » ce qui augmente aussi la fatigue de madame.
- Toutes ces répercussions agissant de concert, un retrait social important s'est mis en place.

➤ **Ruminations « autocritiques »**

Problème = pensées extrêmes négatives sur elle même

- Emotions : désespoir, tristesse, colère contre elle.
- Cognitions : « je ne sers à rien », « je suis une égoïste », « J'ai mes filles (qui sont les êtres les plus importants pour moi) et je ne suis même pas capable de m'en occuper », « je suis immonde (physiquement) », « Je n'ai aucune volonté », ...
- Comportements : Passe d'une chose à l'autre dans une certaine agitation puis capitule et se met dans le divan.
- Sensations corporelles : Abattement, oppression du corps tout entier, pleures.

Depuis quand : cette façon de se comporter n'est pas nouvelle mais semble avoir pris ces derniers mois une proportion et une intensité beaucoup plus importante. Auparavant, face à son auto-critique, il arrivait à madame de capituler et d'aller se réfugier ou dans son lit ou devant la télé. Cependant, cette façon de fonctionner n'arrivait pas tous les jours et elle pouvait, dans ses bons jours, assurer le quotidien sans difficultés trop importantes.

Cause interne / externe : Les attributions sont ici aussi uniquement internes

Circonstance d'apparition : Lorsqu'elle est confrontée à une activité qui selon elle devrait s'effectuer sans problème.

5. Conséquences / répercussions :

- Hypersomnie, dérèglement du cycle veille sommeil.

- prise de poids importante et, par voie de conséquence, altération de la représentation physique d'elle-même.

- Isolement social mais cette fois sur base de pensées de types ; « je ne ressemble à rien et je ne sais plus rien me mettre »

Voici, ci-dessus, exposées les concrétisations les plus parlantes du quotidien de madame. Nous avons pu, progressivement transformer un malaise important mais « diffus » en faits concrets et spécifiques. Au-delà des informations rapportées par la patiente, il est souvent intéressant de faire des observations directes du comportement en séance. Ce qui se passe en entretien est souvent un puissant révélateur de ce que vit la personne au quotidien. Nous avons pu, lors d'une séance, concrétiser de manière constructive la situation suivante.

➤ **« Attitude en entretien »**

Problème = Absence durant l'entretien

- Emotions : désespoir, tristesse, honte principalement
- Cognitions : « Mon dieu, je suis tombée bien bas... », « Je n'ai aucune volonté », « je suis un cas désespéré »
- Comportements : Se soustrait à l'échange, regard baissé et « tripotte » ses mains, ne semble plus m'entendre et se met à pleurer.
- Sensations corporelles : alternance entre abattement et sensation de vide essentiellement.

Depuis quand : ces manifestations se produisent régulièrement en entretien.

Cause interne / externe : interne

Circonstance d'apparition (non) : Evoquer ses difficultés, concrétiser les situations.

Conséquences / répercussions :

- Elle s'absente et broie du noir en entretien, elle décroche et se fait happer par ses pensées auto-critiques.
- Son estime d'elle-même se dégrade encore.

4. Diagnostic psychiatrique selon le DSM-5 (American Psychiatric Association)

- Trouble dépressif grave (F32.2)

Madame remplit la majorité des critères du trouble dépressif (humeur dépressive présente quasiment toute la journée, diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour les activités du quotidien, Gain de poids, Hypersomnie, Ralentissement psychomoteur, Fatigue et/ ou perte d'énergie, Sentiment de dévalorisation excessive).

- La symptomatologie de madame ne remplit pas les critères d'un trouble de la personnalité comme évoqué dans le DSM.
- Diagnostic différentiel

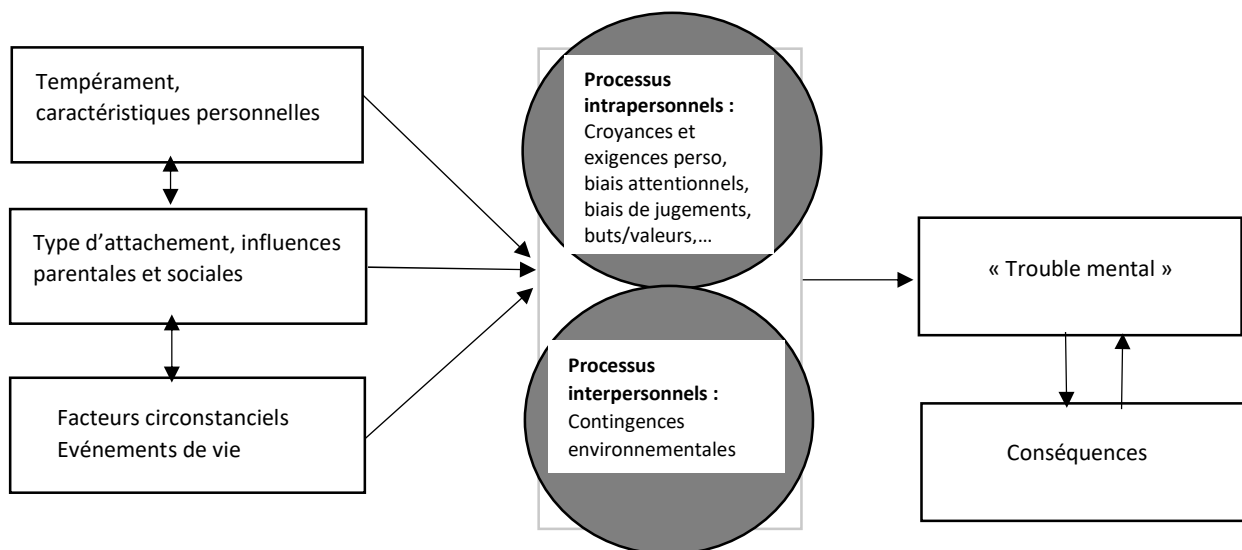
Au début des entretiens, madame exposait principalement des difficultés au niveau parental. Dès lors, l'hypothèse d'un « burn-out » parental a dû être affinée. Il existe une grande proximité apparente entre la dépression et le Burn out parental mais la dépression possède des symptômes spécifiques qui la différencie de l'épuisement parental à savoir : humeur dépressive n'est pas uniquement en lien avec les enfants, la perte d'intérêt se manifeste dans de nombreux domaines de vie (hors parentalité).

Rappelons que : « Le diagnostic psychiatrique n'est pas pertinent pour le traitement psychologique » (Fairburn et al., 2003) mieux vaut une conception psychologique intégrative et individualisée des problèmes psychologiques.

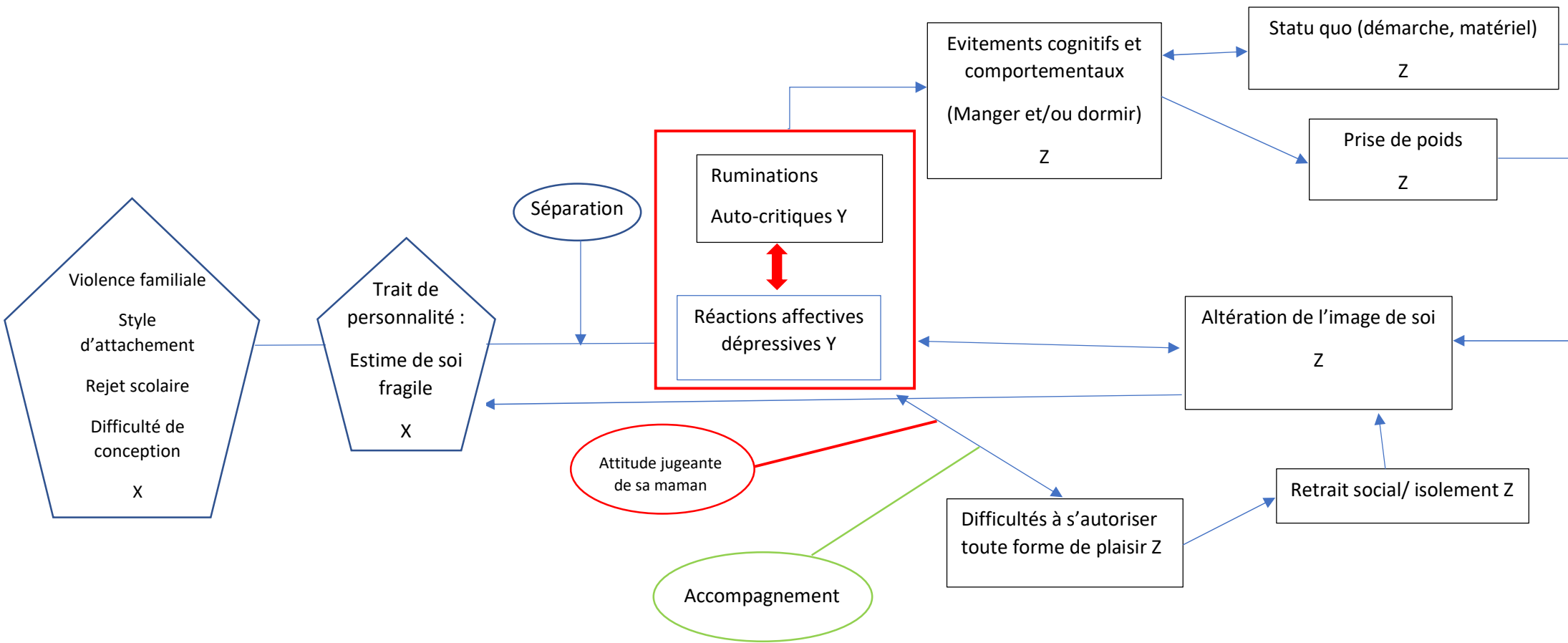
L'anamnèse arrive ici à son terme. Il est maintenant temps de trier et d'agencer les informations pertinentes. Je conserve en mémoire le point de vue de Cottraux expliquant que « la vision du monde d'un individu s'ancre dans son développement et se présente sous la forme de cognitions qui s'organisent en un système de pensées pour percevoir, ressentir et interpréter le monde ». Cette vision des choses est assez voisine de la vision de Kinderman.

Je reprends ici, à titre d'illustration, la modélisation proposée par Lucy Clauw lors du cours de cette année. Elle est la base sur laquelle va s'articuler l'ensemble du travail.

Modélisation du trouble mental par médiation psychologique selon le modèle de Kinderman (2007)



5. Conceptualisation holistique de Madame CL



Ressources :

Interne : résilience lors de nombreuses difficultés par le passé, motivation aux changements, intelligente, curieuse

Externe : logement et revenus stables

Interpersonnelles : amis des mouvements de jeunesse, sœur, connaissance d'hospitalisation

La présente modélisation holistique, nous permet d'établir des liens entre les différentes variables. Elle est la base de la compréhension du problème (patient et thérapeute) et de l'alliance thérapeutique. Voici ma lecture, nourrie à la fois d'éléments théoriques et de concrétisations, de la situation de Madame CL

En ce qui concerne la prime enfance (causes distales prédisposantes), Madame CL a grandi dans un environnement peu structurant et sécurisant. La violence et le peu d'empathie exprimés envers les enfants ont très certainement entraîné un type d'attachement particulier (attachement insécurisé selon Bowlby, 1978). Ce type d'attachement est la résultante d'une attitude parentale inconstante, distante qui marque profondément « le modèle interne opérant » qui régit notre relation à nous-même et à autrui. (Manque d'assurance, détresse émotionnelle, auto mépris, basse estime, insécurité).

Madame se définit elle-même comme quelqu'un de fragile qui a des hauts et des bas. Elle se dit assez introvertie, effacée. Cependant, ces particularités ne semblent pas lui avoir procuré de difficultés majeures. De plus, elle a pu durant son parcours « tomber » sur des personnes secourables avec qui elle a pu tisser des liens de qualité (facteurs de protection) notamment certains instituteurs en primaire, le staff des mouvements de jeunesse, l'éducatrice de secondaire puis son compagnon au début de la relation.

Des événements de vie assez marquants sont venus compléter le tableau d'une estime de soi déjà fragile : le rejet dont elle fait preuve en secondaire et ses difficultés à avoir un enfant. Une estime de soi fragile à tendance basse devient un trait de personnalité assez durable mais compensé par des ressources et un entourage correct pour fonctionner de manière satisfaisante.

Sa séparation constitue l'élément déclencheur des problèmes psychologiques qui altèrent aujourd'hui le fonctionnement de Madame CL. Cette séparation a entraîné non seulement la rupture d'un lien fort mais a aussi entraîné toute une série de faits logistiques : diminution des revenus, solitude face à l'éducation et la garde des enfants, changement de domicile (où des travaux sont nécessaire), jugement de la famille, questionnement sans fin et culpabilité. Ainsi, comme le remarque Pizzagalli (2014) 80% des épisodes dépressifs sont précédés d'un événement de vie majeur entre un et trois mois avant l'épisode.

Une réaction affective de type dépressive se met en place. Plusieurs auteurs comme Orth & Robins, 2016 ont proposé différents modèles de relation existant entre la basse estime de soi et la dépression. Dans notre cas, nous pourrions parler d'un modèle de vulnérabilité à la dépression. Il est parfois délicat de différencier une basse estime de soi et une dépression. Or certains éléments tendent à démontrer que nous sommes bien en présence d'une réaction dépressive grave :

- Modification du comportement et des cognitions par rapport à un état antérieur

- tristesse, culpabilité importante
- Inactivité massive, pas d'envie pas de plaisir
- Prise de poids.

Dans le cas de Madame CL la réaction affective dépressive contient les symptômes suivants (tristesse, lassitude, perte d'énergie, ruminations dévalorisantes, auto-critique violente, ...). Cette symptomatologie entraîne un phénomène d'évitement émotionnel. Le coping habituellement utilisé par Madame est de se réfugier dans son lit et de manger des « crasses ».

Bien qu'ayant besoin de soutien et d'émotions plus positives, elle se prive d'activités plus plaisantes (autopunition).

Agissant de concert, l'ensemble des conséquences (Z) vont par un effet de boucle rétroactive négative renforcer son image d'elle-même (déficitaire). Le cercle vicieux s'installe et les perspectives positives s'amenuisent.

Mes hypothèses de travail :

Madame s'est progressivement structurée sur un mode d'estime de soi basse et a progressivement intégré certaines croyances sur elle-même (pas courageuse, pas très belle, quelque chose de mauvais, de déficient chez moi).

Elle possède pas mal de ressources qui lui ont permis de faire face et d'établir des relations positives et constructives.

Toute la période de séparation a été très anxiogène et, sur le terreau fertile de la basse estime de soi s'est développé un trouble dépressif majeur avec les caractéristiques connues dans la littérature.

6. Modélisation processuelle des problèmes psychologiques

Réactions affectives dépressives et Ruminations

<u>Antécédents</u>		<u>Processus psychologiques</u>	<u>Problèmes psychologiques</u>	<u>Conséquences</u>	
<u>Contexte</u>	<u>Stimuli</u>		<i>Réactions affectives dépressives et ruminations</i>	<u>Immédiates</u>	<u>Différées</u>
- Fatigue - Commentaires de son entourage - Contenu de la journée en termes d'activité(s)	- Faire une démarche pour la maison - Prendre un rendez-vous quelconque - s'occuper de ses filles -s'occuper d'elle	<p>- Métacognition (type 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fusion pensée/être <p>- Métacognition (type 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schéma dysfonctionnel d'évaluation de soi • Schéma de vulnérabilité • Représentation de soi dysfonctionnel <p>- Cognitifs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pensée automatique • Ruminations, jugement • Biais cognitif (attention sélective sur les aspects -) • Déficit de désengagement attentionnel <p>- Emotionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitements émotionnel • Coping de régulation de type suppression <p>- Interpersonnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soumission <p>- Comportementaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conditionnement classique opérant des évitements 	Pensées dévalorisantes répétitives importantes Figée au niveau comportemental Fait à minima ou ne fait pas du tout ce qui est nécessaire - Evitement émotionnel : tentative de suppression de l'émotion soit en allant faire une sieste soit en grignotant	N'est pas confrontée à la difficulté imaginée (+S+) Alternance entre soulagement -S- et culpabilité +S-	Ne s'autorise pas d'activité plaisir Augmentation de la fatigue Diminution des renforçateurs Prise de poids Statu quo au niveau environnemental Aggravation de la faible estime de soi

III. Références théoriques

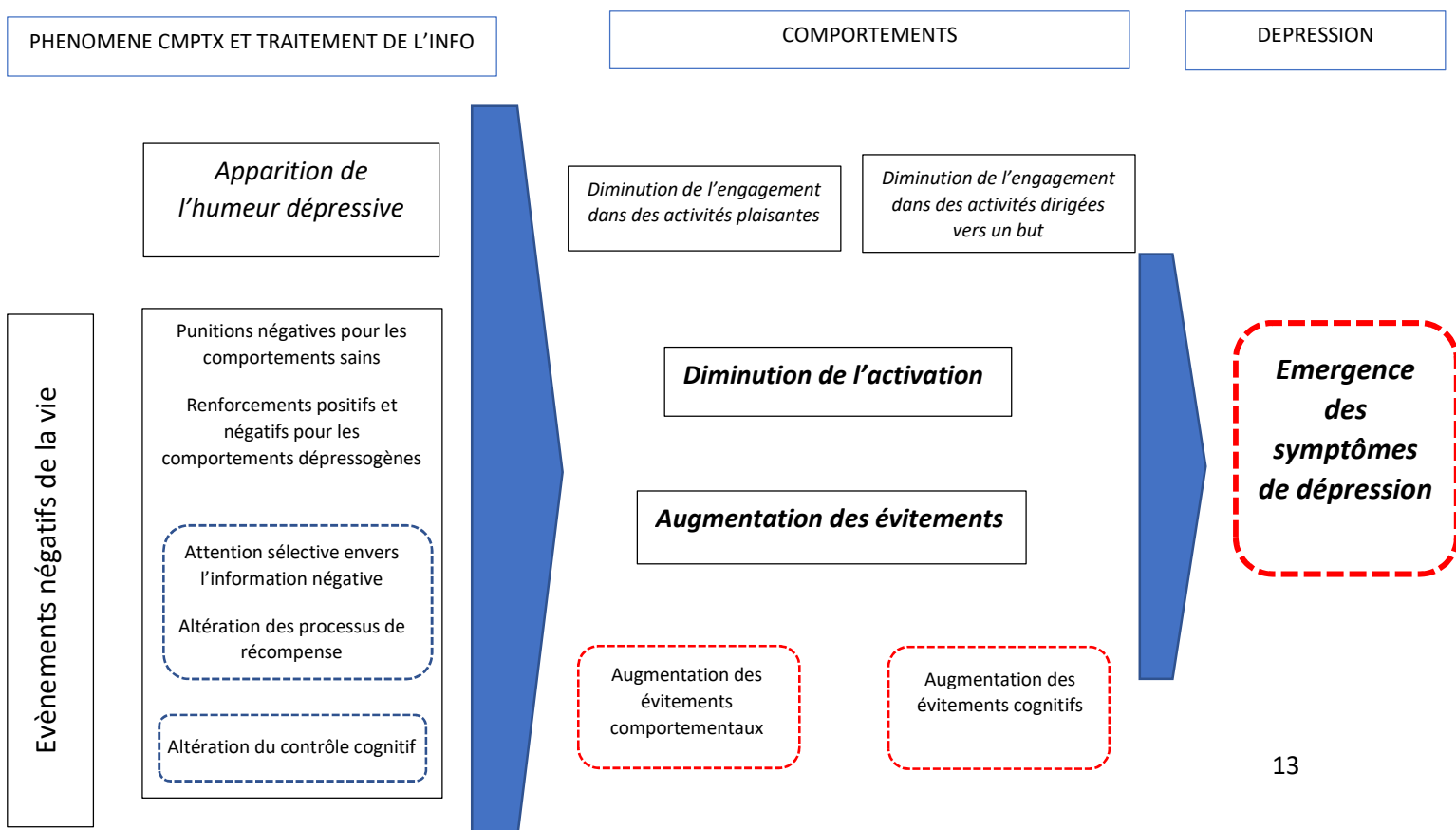
1. L'activation comportementale

En présence d'un trouble dépressif, il existe plusieurs options thérapeutiques scientifiquement validées : Thérapies des schémas (Pascal, 2018), Restructuration cognitive (Beck, 1970), Pleine conscience (Segal, 2006), Thérapie ACT (Seznec, 2015) et l'activation comportementale (Richards, 2017). La sévérité des symptômes ainsi que le caractère récurrent ou non du trouble vont orienter le choix thérapeutique. Dans notre cas, l'activation comportementale semble être le choix le plus approprié et ce pour plusieurs raisons. Premièrement le niveau de détresse et d'évitement émotionnel est assez important et nous pousse donc à écarter les prises en charges type pleine conscience car trop confrontantes de prime abord (ACT et pleine conscience). Deuxièmement, la thérapie des schémas semble être plus pertinente pour des troubles de personnalités. Et enfin, la restructuration cognitive, cheval de bataille de Beck, qui, reconnaissait lui-même dans son ouvrage qu'avant tout travail cognitif, des techniques plus comportementales étaient de mises.

Cette approche permet de travailler principalement sur les évitements cognitifs et comportementaux (comportements assez massifs chez notre patiente).

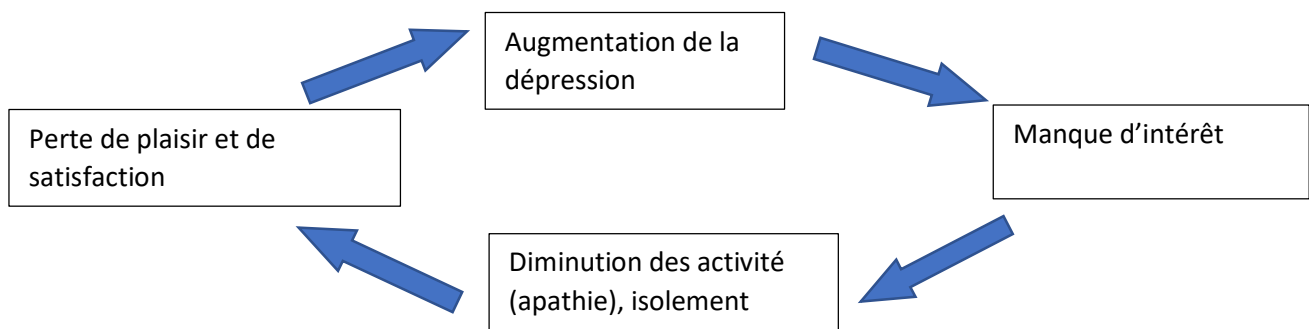
L'efficacité de cette technique est aujourd'hui étayée par de nombreuses études (Cullen et al., 2006 ; Richards et al., 2016 notamment).

En guise d'ancrage théorique, le modèle de dépression de Manos (2010) très récemment revu par Blairy et ses collaboratrices (2020) éclaire notre vision du trouble de la patiente. Il se présente comme suit :



Au niveau comportemental, le modèle repose sur la distinction entre les comportements sains (les comportements qui permettent de garder une bonne qualité de vie) et les comportements dépressogènes (qui détériorent la qualité de vie). Les comportements sains sont des actions volontaires dirigées vers un but. Dans le cas de notre patiente, ses comportements sains étaient : la pratique du chant et de son instrument de musique, ses activités parentales, ainsi que son travail d'éducatrice. Ses comportements dépressogènes sont : se saouler de télévision, manger, aller dormir, rumination dévalorisante, sa passivité face à sa maman... Ces comportements étant des évitements (cognitifs ou comportementaux) bien documentés. Il existe une relation positive importante entre évitements et dépression et ce, en particulier chez les femmes (Panayiotou et al., 2017)

Les travaux de Ngo et al. (2015) appuient également cet aspect comportemental évoqué plus haut en expliquant à la fois le cercle vicieux de l'apathie et de l'isolement. Dans la dépression, le niveau faible de la fréquence des situations de renforcement positif induit une extinction des comportements adaptatifs sains.



Au niveau cognitif, le modèle de Manos émet l'hypothèse que l'origine et le maintien de la dépression reposent également sur le traitement de l'information. Des biais attentionnels de plusieurs types sont aujourd'hui bien documentés dans le cadre de la dépression :

- Focalisation de l'attention sur les stimuli en lien avec les affects dépressifs (Gotlib, Krasnoperova, Yue et Joormann, 2004).
- Le biais de désengagement (difficultés de désengagement attentionnelle face aux caractéristiques négatives d'un événement) (LeMoult et Gotlib, 2019).
- Le biais anhédonique (capacité réduite à faire l'expérience du plaisir ou de l'intérêt pour quelque chose) est présente non seulement durant l'épisode mais également durant la période de rémission (Duque et Vazquez, 2015). Ce paramètre doit également retenir toute notre attention durant la prise en charge.
- Altération du processus de récompense (moins sensible aux récompenses et volonté réduite à fournir les efforts pour obtenir une récompense) (Cléry-Melin et al., 2011)
- Les ruminations mentales de type auto-critiques semblent jouer un rôle important, et ce, à différents niveaux du trouble dépressif. Comme facteur prédisposant d'abord, comme facteur de maintien durant le trouble et comme facteur de rechute une fois en rémission. Dès lors il est important de considérer ce processus avec beaucoup d'attention et ce à toutes les étapes.

Pour résumer la méthode, l'activation comportementale est une méthode assez simple et brève où l'objectif est d'augmenter les activités renforçantes et de travailler les évitements. Elle va être appliquée afin d'améliorer l'humeur et la contingence des renforcements positifs. Elle va permettre de répondre aux symptômes les plus aigus que la patiente vit actuellement. Cependant il est important de prendre en compte certaines caractéristiques :

- La motivation : est par définition un des grands défis de cette prise en charge. La motivation du patient est régulièrement vacillante, tantôt problème et tantôt solution. Au-delà de l'entretien motivationnel, l'autocompassion semble offrir des pistes intéressantes et complémentaires afin de travailler cet aspect.
- La rechute : le risque de rechute et/ou d'une évolution chronique est assez élevé. Il est donc primordial de l'envisager au niveau du plan thérapeutique. En termes de prévention de la rechute, les méthodes incluant de la pleine conscience semblent être concluantes (Programme MBSR notamment). Soucy Chartier et al., 2013 souligne qu'il est possible de potentialiser les effets de l'activation comportementale par ces techniques. Et ce dans un but multiple : faire des activités en pleine conscience, repérer et faire preuve d'ouverture aux émotions négatives, faire preuve d'acceptation du vécu, ...

Comme explicité dans bon nombre de références théoriques, les origines de développement et de maintien d'un trouble psychologique sont inscrites dans un cheminement de vie spécifique. Dès lors, afin de prévenir la rechute il est indispensable d'améliorer le ou les processus psychologiques transversaux (estime de soi dans notre cas) prédisposants et certainement responsables du développement d'un trouble dépressif.

Le concept d'autocompassion semble être une réponse pertinente à ces enjeux

2. Estime de soi et autocompassion

Ma première intention était de mettre en place un groupe d'estime de soi. Ce concept hautement individuel et social renferme un grand nombre de nuances différentes et il semble qu'il n'existe pas à ce jour de consensus clair sur le sujet. Notons seulement à titre d'exemple, l'image de soi ou la perception de soi qui renvoie à l'image globale qu'une personne se fait d'elle-même, la confiance en soi, qui elle, renvoie d'avantage au sentiment d'efficacité personnelle et enfin l'estime ou l'acceptation de soi qui renvoie, elle, à la valeur qu'une personne s'attribue (Fennell, 2013).

Fennell envisage la problématique de l'estime de soi sur un continuum allant de doute ponctuel dans certaines situations précises à une vision globale négative de soi, des doutes constants et une auto-critique quasi permanente. A cette extrême, les individus ont du mal à croire en leurs capacités et plutôt

que d'envisager les événements comme des problèmes à résoudre, ils ont tendance à s'attribuer une réelle déficience interne.

L'origine d'une basse estime de soi est selon Saphir et al. (2011) génétique à 29% et hérité à 73%. Le style parental joue visiblement un rôle déterminant.

L'estime de soi implique une évaluation et une image de soi positive. Dans notre cas, il semble difficile d'aborder ce chemin de front tant les schémas sont puissants. (Je ne vaud rien, je ne suis capable de rien). Le degré d'auto-critique est sévère, intense et invalide le quotidien de notre patiente. Une étape intermédiaire existe : L'auto compassion et plusieurs études viennent confirmer cette hypothèse.

Une étude de Marshall et al. (2015) conclut que le fait de favoriser l'autocompassion protège des effets négatifs de la basse estime de soi. Ainsi une attitude accueillante, l'acceptation, et la bienveillance envers soi diminue réellement la détresse perçue et l'engagement dans des comportements délétères.

Il semble également que la dépression et l'anxiété soient davantage liés à un manque d'autocompassion plutôt qu'à une basse estime de soi. En effet, l'auto compassion n'implique pas d'avoir une bonne image de soi. C'est l'attitude bienveillante et non jugeante avec soi qui est visée. Et ce, peu importe les compétences, les performances ou les atouts de la personne.

L'autocompassion semble être un facteur de résilience très prometteur. Cette dimension est fortement associée à une certaine satisfaction de vie, aux émotions positives et au bien être en général. (Neff, Kirkpatrick et Rude, 2007)

Le programme de Mindful Self Compassion (MSC) de K. Neff et K. Germer, bien qu'encore peu validé, met en avant une diminution de la morbidité, une augmentation des émotions positives, du support social et du sens de la vie. De plus chez les patients dysthymiques, ils constatent une diminution de l'anxiété, de la dépression et de la honte.

Mais l'autocompassion ...c'est quoi exactement ? selon l'angle de vue plusieurs définitions sont possibles. Dans une perspective humaniste comme celle de Germer et Neff (2009) : « l'auto compassion est une forme d'acceptation. Mais alors que l'acceptation renvoie en général à ce qui nous arrive (nous acceptons une pensée, un sentiment), l'autocompassion est l'acceptation dans son intégralité de la personne à qui les choses arrivent. C'est l'acceptation de nous-même alors que nous sommes en souffrance. C'est une acceptation totale, de la personne, de la souffrance et de nos propres réactions face à la souffrance »

Selon Kristin Neff, l'autocompassion nécessite de cultiver trois attitudes précises :

1. Se considérer avec bienveillance, arrêter de se critiquer, de se juger et opter pour une attitude plus douce envers soi.
2. Reconnaître son humanité partagée. Cette perspective serait déjà par essence une source de soulagement. Ne jamais être seule dans sa souffrance. Ceci aurait pour effet de diminuer la honte ressentie d'être un être à part et « défectueux, fautif ».

3. Pratiquer la pleine conscience comme préconisée par John Kabat-Zinn (2009).

Dans une perspective plus dynamique, développementale, Paul Gilbert définit l'autocompassion comme une attitude mentale à l'égard de soi, une méthode de pensée privilégiant la bienveillance, l'auto-apaisement, la sécurité de base et le bien-être en général » (Gilbert, 2010). Il nous propose la présente conceptualisation des systèmes de régulation émotionnelle :

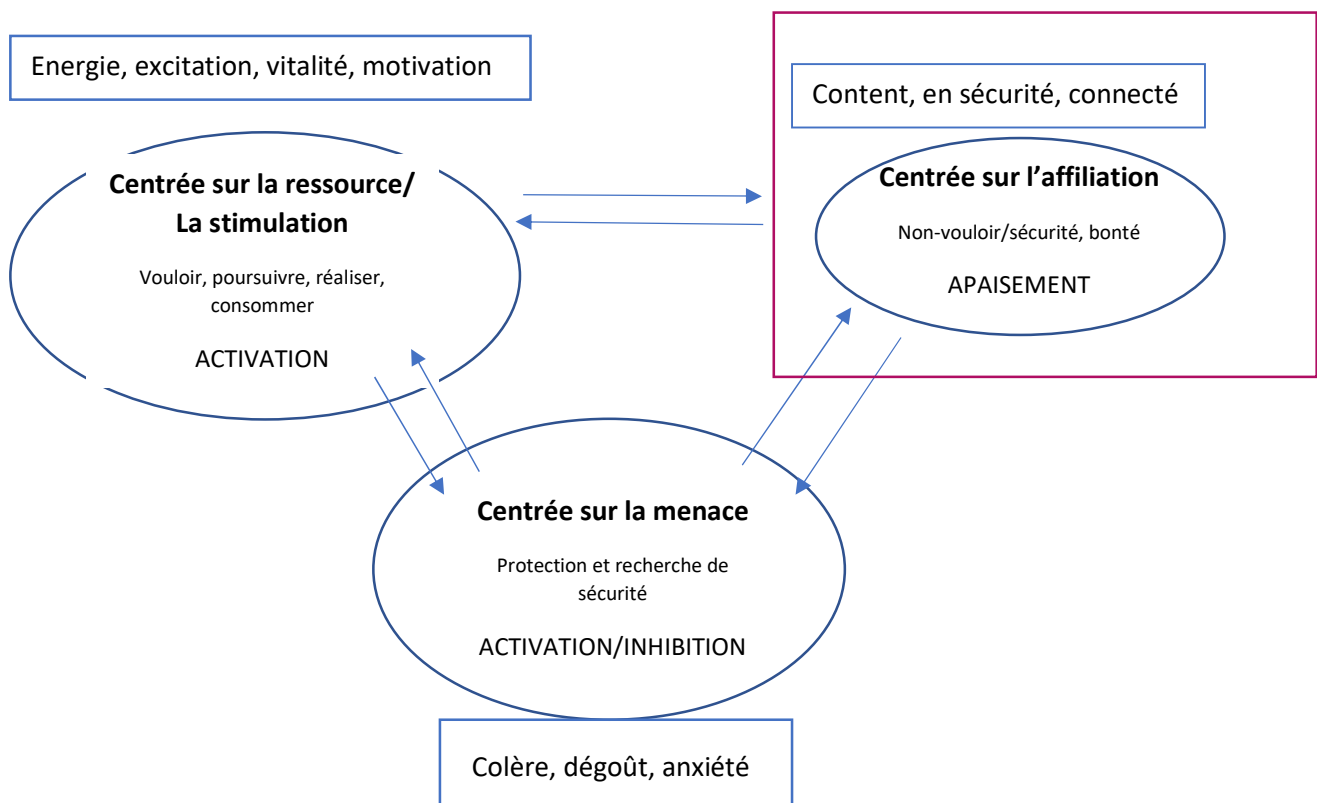


Figure1 : Trois types de systèmes de régulation des affects : Le modèle de compassion selon Paul Gilbert (2010). (*Compassion Focused Therapy Routledge, London, 2010*)

Il distingue trois types de systèmes distincts :

Le système de menace et d'autoprotection : certainement le plus ancien et ayant permis l'évolution des espèces. Ce système d'« alarme » permet à l'individu de développer sa capacité à détecter la menace et à y répondre rapidement et adéquatement. Ce système est mobilisé par des émotions négatives.

Le système des conduites et de recherches de ressources : Comme de premier système, celui-ci est à l'origine basé sur la sécurisation des ressources importantes à notre survie et notre prospérité (nourriture, partenaire, bien matériel, ct).

Ce système est lié à la réalisation, l'acquisition et la consommation de biens en lien avec nos valeurs essentielles.

Le système d'apaisement et d'affiliation : est lié au contentement, à une notion de sécurité. C'est une source d'émotions paisibles et de bien-être. Tout bien considéré, ce système semble partager avec l'attachement dit « secure » de Bowlby certaines caractéristiques communes.

Ces trois systèmes sont essentiels à un fonctionnement concret et émotionnel harmonieux. Gilbert constate néanmoins que le système de menace et le système de recherche des ressources ont tendance à être surencouragés et surdéveloppés au détriment malheureusement du dernier système.

Reprenons l'exemple de notre patiente, en suivant cette théorie, il semble que, de par son auto-critique constante, elle suractive son système de menace. Ce système une fois activé surestime le degré de dangerosité de la situation (erreur du système) et favorise l'évitement (réponse primaire). En termes plus cognitivo-comportementaux, l'activation de ce système entraîne toutes une série de biais cognitifs et de réactions comportementales en chaîne caractéristiques au trouble dépressif comme nous l'avons vu plus haut (Modèle de S. Blairy, 2020).

L'objectif thérapeutique de Paul Gilbert va être de favoriser un « esprit compassionné » en rendant plus accessible le système d'apaisement et d'affiliation. En effet, l'accessibilité à ce système semble pouvoir offrir à la personne les ressources suivantes :

- Meilleure régulation émotionnelle permettant un retour à l'équilibre plus rapide
- Génère du courage et de la motivation (aspects essentiels concernant notre patiente)
- Stimule la gentillesse et la bienveillance envers soi
- Donne du sens et de la saveur à la vie
- Favorise l'engagement dans des actions qui ont du sens (« dirigées vers une but » selon la terminologie voisine de l'activation comportementale).

En élargissant la conscience de la situation de vie dans laquelle nous sommes et en comprenant progressivement pourquoi notre esprit fonctionne de la sorte (les systèmes) il va être possible (via différents exercices) de susciter une réponse davantage compassionnée. Le but ultime étant d'équilibrer chacun des systèmes.

Remarques théoriques générales :

Bien que largement validée, l'activation comportementale comporte encore aujourd'hui une bonne part de zones d'ombres. Ainsi, aucune étude ne montre un lien causal clair entre l'augmentation des renforcements positifs et l'amélioration de la symptomatologie (Blairy, 2020).

Comme de coutume dans la plupart des thérapies ou programmes d'interventions, les interventions visent prioritairement les « problèmes » (dans ce cas les affects négatifs, les évitements) or de plus en plus d'études prometteuses mais manquant encore de validation prônent une approche positive c'est-à-dire centrée sur les affects positifs en faisant fi des évitements mis en place.

Le concept d'autocompassion et son utilisation sont encore malheureusement peu exploités. Et il n'existe pas encore de validation francophone d'un programme d'autocompassion.

Il est peut-être important de rappeler que travailler l'autocompassion n'est pas toujours égal à travailler l'estime de soi. Comme explicité plus haut, seule une analyse fonctionnelle de qualité nous permet d'isoler les processus délétères dans l'estime de soi. Parfois il convient de travailler l'autocompassion, parfois, l'auto-efficacité et parfois l'affirmation de soi (Fanget, 2009).

Quand le processus d'auto-critique est mis à l'avant plan, il est important de garder à l'esprit que ce type de patients peuvent être très réticents face à la gentillesse et la compassion. Cette attitude doit être détectée et travaillée afin de ne pas, une fois de plus, augmenter le système de menace.

Souvent ressentie comme de l'égoïsme ou une plainte inactive stérile, aborder l'autocompassion nécessite connaissance, patience et une certaine dextérité relationnelle.

IV. Intervention thérapeutique

1. Elaboration du plan thérapeutique

Voici synthétisées ci-dessous les différentes interventions validées concernant les différents processus mis en jeu dans notre théorie holistique. Selon le degré de réceptivité du patient, selon les événements récemment vécus, il convient de privilégier l'une ou l'autre intervention.

Bien que des protocoles d'interventions soit établis de manière validée, il convient dans un premier temps de s'assurer que la personne possède toutes les capacités requises. Ainsi, il a été dans le cas présent indispensable de commencer par un programme simple de psycho éducation sur les émotions. Pouvoir reconnaître, nommer et explorer une émotion indispensable avant d'attaquer le « programme » Le groupe tel que pensé par Paule-Rita Maltier (et adapté par nos soins) va être un moment de renforcement de certains concepts vus en thérapie individuelle et de découverte de nouvelles techniques. Le programme est également prévu pour approfondir les compétences de pleine conscience et prévenir la rechute.

<u>Processus psychologique cible</u>	<u>Objectifs</u>	<u>Interventions</u>
	<i>Alliance thérapeutique et aspect motivationnel</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bilan psychologique et Analyse fonctionnelle ➤ Psycho éducation sur les causes et maintien de la dépression (cercle vicieux) ➤ Evaluation coût/bénéfice de son ancien fonctionnement et du changement envisagé ➤ Identification précise des objectifs ➤ Roue des valeurs (Thérapie ACT)
Comportementaux	Activation comportementale <i>Reconnecter la patiente aux sources de récompense</i> <i>Améliorer l'humeur</i>	<u>Evaluation comportementale, auto observation</u> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Grille d'auto-observations. (Caractère plaisant et contrôle de l'activité) ➤ Analyse du réseau social et des activités plaisantes + Elaboration de nouveautés et planifications.) ➤ Planification d'activités (activité agréable et dirigée vers un but identifiée avec la roue de valeur ACT) ➤ Méthode « TRAP » (analyse des pièges)
Métacognitifs et Cognitifs	Augmenter le contrôle cognitif Mettre à jour les schémas cognitifs implicites et les nuancer <i>Vision plus équilibrée de soi</i>	<u>Différenciation entre les pensées et les faits</u> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaboration d'un journal d'auto-observations ➤ Exercice de défusion cognitive ➤ Evaluation des avantages et inconvénients des pensées alternative. <u>Exploration du concept de bienveillance pour elle</u> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Métaphores, exercices, mises en situation
Emotionnels	Apprendre à identifier chacune des composantes d'une émotion (pensées, sensations corporelles, émotion primaire, secondaire) Prévention de la rechute <i>Accepter ses émotions et faire preuve de plus de bienveillance envers soi</i>	<u>Psycho éducation sur les émotions et l'évitement</u> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Exploration des émotions avec un carnet de bord ➤ Scan corporel et débriefing ➤ Fenêtre de tolérance ➤ Exposition graduelle à des situations habituellement évitées et prévention de la réponse inadéquate <u>Apprentissage de l'auto compassion</u> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Groupe selon le protocole de P.R. Maltier

Interpersonnels	Diminuer les comportements soumis et apprentissage de patterns d'interaction plus fonctionnels <i>Développement l'affirmation de soi</i>	<u>Communication non-violente (M. Rosenberg)</u> ➤ Explications et exercices de communication non violente. ➤ Jeux de rôle, mises en situation
-----------------	---	--

2. Considération sur la relation thérapeutique

La plupart des psychothérapies sont collaboratives dans leurs structures et leurs modes d'applications. Cependant établir une véritable alliance thérapeutique est indispensable. En effet, des manquements à ce niveau peuvent considérablement ralentir le processus, réduire l'efficacité ou même interrompre la thérapie (C. Cungi, 2006). Dans le cas qui nous occupe les évitements comportementaux et les ruminations dévalorisantes sont, selon la littérature, particulièrement difficiles à changer. L'ambivalence est souvent la norme (j'ai envie mais je n'ai pas envie !). Le risque est grand de tomber dans un des pièges énumérés par Charly Cungi qu'est le désir du thérapeute de convaincre et d'entrer dans des débats pour l'activation (thérapeute) et contre (patient). Ce type de dialogue enclenché va fortement renforcer le patient vers un désengagement des activités préconisées.

Dans un contexte comme celui-ci, patient et thérapeute sont en position de fragilité. Le patient de par sa pathologie et le thérapeute de par son souhait de faire « avancer » son patient. Si pour des raisons de mauvaises communications la relation s'installe dans un rapport de type « débat » pour ou contre, le risque est de voir le patient baisser ses attentes et ses perspectives de réussite, et, du côté thérapeute, d'avoir des représentations péjoratives du patients. Ce cocktail est de mauvais augure pour un parcours thérapeutique constructif.

Dès lors, au niveau des ressources pour le thérapeute, les attitudes du thérapeute explicitées dans l'entretien motivationnel de Miller et Rollnick (2002) sont à privilégier (accepter l'ambivalence comme faisant partie du processus, accepter le patient où il est, renforcer ce qu'il se sent capable de faire renforcer ses qualités intrinsèques, ...). Je suis pour ma part, parfois tombée dans ce travers relationnel. Des supervisions avec Marie Line Foisy (spécialiste dans le domaine motivationnel) m'ont permis de m'adapter positivement.

Une étude intéressante de Kuyken & al. (2010) montre qu'il existe implicitement dans le programme MBSR la notion d'autocompassion. Cependant, il semblerait que les compétences d'autocompassion soient directement corrélées à l'attitude compassionnée de l'instructeur lui-même. Cette observation attire notre attention sur les qualités intrinsèques que le thérapeute doit incarner pour transmettre ce concept. Il convient donc, dans le cadre de la relation thérapeutique d'être conscient de soi et d'entraîner cette compétence dans l'intérêt du patient.

3. Projet d'évaluation des différentes interventions

Les échelles et questionnaires sont précieux mais dans le présent cas, il est indispensable de procéder à des auto ET hétéro-évaluations (as cited in Clauw, 2018).

- Administration d'échelles et de questionnaires

Pour les symptômes dépressifs et des ruminations

- L'Inventaire de Dépression de Beck (cf. Annexe 4)
- L'échelle de Dépression « Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale CES-D » (cf. Annexe 5)

Il est opportun d'utiliser ces deux échelles de manière conjointe et ce afin d'obtenir une évaluation de la sévérité des symptômes de dépression la plus proche de la réalité vécue par le patient (S. Blairy, 2020).

- La Mini-CERTS (Douillez et al. 2014) nous permet une analyse des ruminations mentales.

Dans une démarche plus générale

En cours de thérapie, une échelle de qualité de vie générale ainsi que des échelles de satisfactions concernant la relation thérapeutique pourront être administrées si nécessaire.

Pour l'auto-compassion

- L'échelle d'auto-compassion (The Self-Compassion Scale, Neff, 2003)

Cette échelle pourra nous donner certaines indications sur le niveau et le degré d'acquisition des compétences d'auto-compassion (cf. Annexe 3).

- Tableau d'auto-observations

- Quels comportements alternatifs sont mis en place ?
- Quelles sont la fréquence, la durée et la nature des émotions ressenties au fil des différents exercices proposés (au niveau de l'activation comportementale et des exercices d'autocompassion)

- Analyse du discours en séance et en groupe

- Y a-t-il un assouplissement des jugements négatifs sur elle-même ?
- fait-elle usage davantage de compétences relationnelles adaptées ?
- Voit-on apparaître des pensées et/ou des comportements alternatifs dans les situations cibles ?
- Y-a-t-il un changement au niveau de son comportement verbal et non verbal ?

4. Illustration d'une intervention

Beaucoup d'illustrations étaient possibles (programmation d'activité, détection de piège : TRAP, intervention sur les ruminations,), cependant, ayant beaucoup travaillé sur le groupe d'autocompassion qui n'a pu aboutir en contexte Covid, je souhaitais partager un exemple de cheminement conceptuel et pratique dans la création d'une des séances du groupe.

Ainsi, nous avons choisi de reprendre le travail de Paule-Rita Maltier et de l'adapter à notre réalité. Cette étudiante avait, en 2015, imaginé un outil visant à augmenter l'autocompassion chez un public fragilisé (des personnes en situation d'insertion socio-professionnel, celles-ci possèdent beaucoup de similitudes avec le nôtre).

Nous reprenons en annexe une synthèse du plan d'intervention (annexe 2).

Cependant, et bien que cette étape du groupe n'ait pas encore eu lieu, nous présentons ici notre démarche de réflexion pour l'animation d'une des séances de groupe. La pleine conscience des pensées et l'exercice de la tante « Irma » (ACT).

Objectifs : prendre conscience des pensées auto-critiques et malveillantes que l'on peut porter à soi-même et leurs attribuer un personnage. (Cible de toutes les techniques visant l'auto compassion).

Méthode : Collage, techniques libres et débriefing en groupe

Consigne :

- Effectuer un collage suivant le thème : « Quand je suis dure avec moi-même... »
- Débriefing en groupe sur les différentes créations.
- Effectuer une représentation (dessin, collage, peinture, terre, au choix) suivant le thème : Je créer un personnage symbolisant cette attitude « dure » avec moi-même.
- Débriefing en groupe sur les différentes créations.

L'animation de ce groupe est faite en collaboration avec une ergothérapeute/ art thérapeute. Dès lors, nous avons choisi de mêler technique psychologique et technique d'expression créative. Il va être demandé aux participants d'effectuer un collage (sur base de magazine) représentant le discours auto-critique et malveillant qu'ils peuvent avoir sur eux. Cette technique est très riche et ce à plusieurs titres : Premièrement, cela ne passe pas par la parole mais par l'image, dès lors il est fréquent de voir apparaître au travers des créations des éléments difficilement descriptibles par les mots (une ambiance générale, les couleurs, le nombre de représentations, les expressions des images choisies.). Tous ces éléments permettent la plupart du temps d'analyser de manière plus approfondie les représentations de la personne et d'aborder des questionnements qui ne seraient pas apparus dans un contexte uniquement basé sur la parole. Deuxièmement, le temps nécessaire à la création est un temps assez long (environ 45 minutes) dès lors, au fil des pages, du collage, et du dessin la personne exploite la question de manière plus approfondie. Nous avons coutume de penser que ce moment seul face à sa création est un moment très riche au niveau de l'exploitation du thème et de l'élaboration de la réponse. Troisièmement,

contrairement à une production orale ou écrite, des images sont associées à ce thème de l'auto-critique. Il reste donc une trace visuelle plus concrète. Cette trace fait chez certains patients plus visuels la différence au niveau de la récupération du souvenir. Cela rend parfois l'exploitation de la ressource mieux « encodée » et plus accessible quand cela s'avère nécessaire.

Au terme de ce groupe les patients ont :

- Pris conscience de leur discours interne malveillant, l'ont verbalisé et ont eu des retours du groupe sur leurs créations

- Associé un personnage imaginaire visuellement à ce discours interne. L'objectif est qu'il puisse par la suite « défusionner » plus facilement par rapport à ce discours. Au lieu de « coller » à ce discours interne et de s'identifier aux pensées auto-critiques, nous espérons qu'il puisse récupérer l'image précédemment créée afin de repérer et d'accepter plus facilement l'arrivée de ce personnage comme un visiteur cognitif de passage (Favoriser l'acceptation et la défusion) et non plus comme une définition de soi.

Les autres techniques (mantras, lettre, se prendre dans les bras,) permettront par la suite d'implémenter de l'autocompassion quand arrive ce personnage mental.

V. Conclusions

La prévalence de symptômes dépressifs et anxieux est malheureusement en augmentation. Elle devient ainsi une des préoccupations principales dans les pays occidentaux (OMS). Notre mode de vie occidental semble jouer un rôle déterminant dans cette augmentation. N'oublions donc pas que les difficultés des personnes s'expriment dans une culture donnée. Il est, dès lors, important de « remettre l'église au milieu du village » en aidant les personnes en souffrance mais aussi en rappelant que notre esprit et fonctionnement occidental portent leur part de responsabilité.

D'un point de vue thérapeutique, je me souviens d'une intervention de Christophe André expliquant qu'avec des personnes dépressives l'élan de base pour l'entourage était de dire : « Mais enfin remue-toi ! ». Il ajoutait que cette méthode était en soi la bonne (principe de l'activation comportementale) mais que cette injonction, pour fonctionner devait obligatoirement s'accompagner de beaucoup de bienveillance, d'acceptation et de patience. En cela, la citation de Christophe André fait le trait d'union entre les deux principes thérapeutiques que nous envisageons ainsi ; activation comportementale dans un contexte de bienveillance et d'acceptation partagée (thérapeute et patient).

L'utilisation de l'autocompassion bien qu'encore à ses prémices est remplie de perspectives positives. De plus elle semble posséder un caractère « Transdiagnostique » important car présent dans de nombreux troubles psychologiques.

Ce suivi m'a demandé de nombreuses remises en question, de l'ouverture d'esprit, de la recherche et beaucoup d'énergie mais quelle joie d'en sortir grandie et de constater, à nouveau, que lors d'un entretien psychologique, les vases communicants opèrent souvent : nous essayons de donner un maximum et nous nous nourrissons aussi de cet échange. J'ai réellement beaucoup appris durant ce travail.

Je suis également très reconnaissante d'avoir été soutenue, notamment au travers des supervisions, dans les moments délicats ou de doute.

Voici les dernières lignes de ce travail qui clôture également une année importante.

Merci à toutes les personnes (et elles sont nombreuses !) qui ont permis à ce mémoire de voir le jour.

VI. Références bibliographiques

- Addis, M.E. & Martell, C.R. (2009). *Vaincre la dépression. Une étape à la fois*. Montréal, Québec : Les éditions de l'homme.
- American Psychiatric Association (2015). *DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les Moulineaux : Elsevier Masson.
- André C. (2006). *Imparfais, libre et heureux. Pratique de l'estime de soi*. Paris : Odile Jacob.
- Beck, A., Steer, R. & Brown, G. (1998). *Inventaire de dépression de Beck, 2^{ème} édition*, Paris : Edition Centre de Psychologie Appliquée.
- Blairy, S., Baeyens, C. & Wagener, A. (2020). *L'activation comportementale. Traitement des évitements comportementaux et de la rumination mentale*. Bruxelles : Mardaga
- Bouvard, M. (2009). *Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité (3e édition)*. Paris : Masson.
- Bouvard, M. & Cottraux, J. (2005). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie (4e édition)*. Paris : Masson.
- Clauw, L. (2018). *L'estime de soi : évaluation et intervention*. Syllabus, Université catholique de Louvain, Louvain-le-Neuve.
- Cottraux, J. (2014). *Thérapie cognitive et émotions. La troisième vague. (2e édition)*. Issy-les Moulineaux : Elsevier Masson.
- Cungi, C. (2006). *L'alliance thérapeutique*. Paris : Retz.
- Debray, Q. & Nollet, D. (2011). *Les personnalités pathologiques. Approches cognitive et thérapeutique (6e édition)*. Issy-les Moulineaux : Elsevier Masson.
- Debray, Q., Kindynis, S., Leclere, M. & Seigneurie, A-S. (2005). *Protocoles de traitement des personnalités pathologiques. Approche cognitivo-comportementale*. Paris : Masson.
- Diedrich, A., Grant, M., Hofmann, S.G., Hiller, W. & Berking, M. (2014). Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 43-25.
- Fennel, M. (2013). *Surmonter la faible estime de soi*. Paris : Dunod.
- Germer, C.K. (2009). *L'autocompassion. L'indulgence avec soi-même*. Paris : Odile Jacob.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion Focused Therapy*. New-York : Routledge.
- Gilbert, P. (2015). *Pleine conscience et compassion. Approche théorique et applications thérapeutiques*. Issy-les Moulineaux : Elsevier Masson.
- Gomez, P. (2018). *Conceptualisation de cas*. Syllabus, Université catholique de Louvain, Louvain-le-Neuve.
- Hansenne, M. (2006). *Psychologie de la personnalité*. Bruxelles : De Boeck.
- Kabat-Zinn, J. (2009). *Au cœur de la tourmente la pleine conscience. MBSR, la réduction du stress basée sur la mindfulness : programme complet en 8 semaines*. Bruxelles : De Boeck.

- Kotsou, I. & Heeren, A. (2011). *Pleine conscience et acceptation. Les thérapies de troisième vague*. Bruxelles : De Boeck.
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E. White, Tylor, R.S. & Dalgleish, T. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work ? *Behaviour Research and Therapy*, 48(11), 1105-1112.
- Lecomte, C. & Servant, D. (2020). *Les thérapies comportementales, cognitives et émotionnelles en 150 fiches*. Issy-les Moulineaux : Elsevier Masson.
- Lemoult, J. & Gotlib, I. H. (2019). Depression : a cognitive perspective. *Clinical Psychology Review*, 69, 51-66.
- Maltier, P.R. (2015). *Comment augmenter l'auto-compassion d'un public fragilisé ? Evaluation d'une intervention basée sur la pleine conscience*. Mémoire de Master en psychologie. Louvain-La-Neuve.
- Marshall, S.L. et al. (2015). Self-compassion protects against the negative effects of low self-esteem : a longitudinal study in a large adolescent sample. *Personality and Individual Differences*, 74, 116-121.
- Mizzi, C. & Tran, C. (2018). *Votre meilleur ami, c'est vous. Une méthode simple pour être bienveillant avec vous-même*. Paris : L'Iconoclaste.
- Monestes, J.L. & Baeyens, C. (2016). *L'approche transdiagnostique en psychopathologie. Alternative aux classifications nosographiques et perspectives thérapeutiques*. Paris : Dunod.
- Nef, F. (2018). *Conceptualisation de cas*. Syllabus, Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve.
- Neff, K. D. *S'aimer. Se réconcilier avec soi-même*. Paris : Belfond
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250.
- Neff, K. D. & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28-44.
- Neff, K. D. & Vonk, R. (2009). Self compassion versus global self-esteem : Two different ways of relating to oneself. *Journal of personality*, 77(1), 23-50.
- Philippot, P. (2011). *Emotions et psychothérapie*. Wavre : Mardage.
- Segal, Z., Williams, M. & Taesdale, J. (2006). *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience*. Bruxelles : De Boeck.

Plan des Annexes

1. Ecrit de la patiente CL
2. Planning des séances de groupe
3. Questionnaire de compassion envers soi de Kristin Neff (2003)
4. Inventaire de Dépression de Beck (Aaron T. Beck. M.D.)
5. L'échelle de Dépression « Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale CES-D »

Annexe 1 : Ecrit de la patiente CL

C'est comme...

« Ma dépression c'est comme un brouillard permanent dont je ne parviens pas à sortir tant il est de tous les côtés et dense. Il paraît infranchissable, sans fin et à la fois impalpable. Le soleil n'arrive pas à le percer de ses rayons malgré son insistance. Le brouillard est d'une couleur maussade, comme mon humeur. »

« Ma dépression c'est comme ne plus trouver suffisamment de sens à ma vie, mes filles (mes amours) ne suffisent plus à donner du sens à ma vie d'être humain, d'être féminine, d'être à part entière. C'est aussi avoir l'impression de ne plus aimer mes filles assez, de ne toujours pas m'aimer moi-même. »

« Moi-même c'est comme si je subissais ma vie, sans en être réellement actrice. Moi-même ce n'est plus personne, plus d'attente, plus d'envie de quoique ce soit si ce n'est se maltraiter. Moi-même, c'est un regard négatif sur beaucoup de choses, un jugement négatif accompagnant ce regard surtout envers moi-même et mes actions... »

« Mes actions, c'est comme pas grand-chose pour le moment, entretenir ma maison seule c'est trop dur, régler les différents problèmes techniques que je rencontre, c'est trop dur aussi, comme m'occuper de mes filles que ce soit pour les repas, pour le réveil, pour le coucher. Mes actions, c'est comme végéter devant la télé ou dormir parce que je suis toujours fatiguée, c'est aussi penser, m'enfoncer de plus en plus ou encore pleurer et déprimer »

« Déprimer c'est comme inutile mais voilà je n'arrive pas à faire grand-chose d'autre. »

« Déprimer, c'est comme exprimer un abîme de tristesse insatiable, inconsolable et aussi indicible aux autres »

« Socialement, c'est comme petit à petit devenir sa maladie, s'en faire une identité de « Je suis dépressive ». Socialement, c'est comme difficile à gérer, plus envie de rencontrer des gens, des connaissances, la famille, les amis... »

« Mon quotidien c'est une souffrance permanente qui ne me lâche plus, avec juste l'envie que ça s'arrête...d'une manière ou d'une autre un jour plus trop lointain. »

« Mon quotidien c'est comme m'occuper de mes filles une semaine et puis souffler sans pour autant se reposer la seconde semaine. »

« Quoi qu'il en soit c'est comme ça...Je n'en peux plus...je me déteste ! »

Annexe 2 :

Synthèse du plan d'animation du groupe d'autocompassion (Adaptation du travail de Paule-Rita Maltier, 2015)

Thème	Ressources/contenu	Objectifs
Séance 1 : Pleine conscience et autocompassion	<ul style="list-style-type: none">➤ Présentation et règles du groupe➤ Exercice du raisin➤ Exercice de la lettre à soi même➤ Scan corporel➤ Tâche à domicile	<ul style="list-style-type: none">➤ Mise en place du cadre, du contenant➤ Expérimenter la PC➤ Clarifier l'AC
Séance 2 : Autocompassion et pleine conscience du corp	<ul style="list-style-type: none">➤ Scan corporel➤ Cinq minutes pour revenir à soi➤ Image idéale de l'autocompassion➤ Tâche à domicile	<ul style="list-style-type: none">➤ Développer la PC et AC du corps
Séance 3 : Pleine conscience et émotions	<ul style="list-style-type: none">➤ Pleine conscience de la respiration➤ Pleine conscience d'une émotion positive➤ Je marche dans la rue➤ Tâche à domicile	<ul style="list-style-type: none">➤ Développer la PC des émotions
Séance 4 : Autocompassion en situation difficile	<ul style="list-style-type: none">➤ Pleine conscience d'une émotion difficile➤ Partage en sous-groupe d'un moment difficile durant la semaine➤ Exercice « j'inspire, j'expire »➤ Exercice « se prendre dans les bras »➤ Création de son mantra d'autocompassion➤ Tâche à domicile	<ul style="list-style-type: none">➤ Créer par la PC un espace où le choix est possible➤ Apprendre à analyser ses réactions émotionnelles➤ Expérimenter des techniques d'AC
Séance 5 : Pleine conscience des pensées	<ul style="list-style-type: none">➤ Méditation corps, émotions, pensées, réaction émotionnelles conditionnées➤ « Illustration de « la tante Irma »➤ Méditation avec induction d'une pensée négative et observations➤ Illustration d'« un collègue s'en va »➤ Exercice « j'inspire, j'expire » avec un événement pénible de la semaine➤ Tâche à domicile	<ul style="list-style-type: none">➤ Défusion cognitive
Séance 6 : Autocompassion des pensées difficile	<ul style="list-style-type: none">➤ Expliquer les pensées maltraitantes sur soi-même (donner un nom)➤ Exercice des schémas : pensée, émotion, sensations, réaction (en sous-groupe)	<ul style="list-style-type: none">➤ Exploration de son auto-critique

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Méditation avec induction d'une pensée auto-critique difficile et pratiquer le mantra d'autocompassion ➤ Tâche à domicile 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Apprendre à différencier ce que l'on peut changer ou non ➤ Expérimentation du mantra
<p><i>Séance 7 :</i> Clôture</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Scan corporel ➤ Exercice de gratitude ➤ Qu'est-ce que j'ai appris ? ➤ Qu'est ce qui a changé ? ➤ Comment vais-je continuer ? 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Débriefing des apprentissages et des perspectives ➤ Clôture

Annexe 3 :

Questionnaire de compassion pour soi-même (K. Neff, 2003) Comment j'ai tendance à me traiter moi-même en temps difficile

Veillez lire attentivement chacune des phrases suivantes avant d'y répondre. A gauche de chaque phrase, indiquez la fréquence avec laquelle vous vous comportez de cette façon, en utilisant l'échelle suivante

1	2	3	4	5
Presque jamais				Presque toujours

- 1. Je désapprouve et juge mes propres défauts et insuffisances.
- 2. Lorsque je me sens mal, j'ai tendance à être obsédé(e) et à focaliser sur tout ce qui ne va pas.
- 3. Quand les choses vont mal pour moi, je vois ces difficultés comme faisant partie de la vie que chacun traverse.
- 4. Quand je pense à mes insuffisances, je me sens différent(e) et coupé(e) du reste du monde.
- 5. J'essaie d'être aimant(e) envers moi-même quand je souffre.
- 6. Quand j'échoue à quelque chose d'important pour moi, je suis envahi(e) par un sentiment de ne pas être à la hauteur.
- 7. Quand je me sens déprimé(e), je me rappelle qu'il y a beaucoup d'autres personnes dans le monde qui ressentent la même chose.
- 8. Quand les choses vont vraiment mal, j'ai tendance à être dur(e) envers moi-même
- 9. Quand quelque chose me contrarie, j'essaie de garder mes émotions en équilibre.
- 10. Quand je ne me sens pas à la hauteur d'une quelconque façon, j'essaie de me rappeler que ce sentiment est partagé par la plupart des gens.
- 11. Je suis intolérant(e) et impatient(e) envers les aspects de ma personnalité que je n'aime pas.
- 12. Quand je traverse une période très difficile, je me donne le soin et la tendresse dont j'ai besoin.

- 13. Quand je me sens mal, j'ai tendance à avoir l'impression que les autres sont plus heureux que moi.
- 14. Quand quelque chose de douloureux se produit, j'essaye d'avoir une vision équilibrée de la situation.
- 15. J'essaye de voir mes défauts comme faisant partie de la condition humaine.
- 16. Quand je vois des aspects de moi-même que je n'aime pas, je me critique.
- 17. Quand j'échoue à quelque chose d'important pour moi j'essaye de garder les choses en perspective.
- 18. Quand c'est vraiment difficile pour moi, j'ai tendance à penser que la vie est plus facile pour les autres.
- 19. Je suis bienveillant(e) envers moi-même quand je souffre
- 20. Quand quelque chose me perturbe, je me laisse emporter par mes sentiments.
- 21. Je suis dur(e) envers moi-même quand je ressens de la souffrance.
- 22. Quand je suis déprimé(e), je cherche à approcher mes sentiments avec curiosité et ouverture.
- 23. Je suis tolérant(e) avec mes propres défauts et insuffisances
- 24. Quand quelque chose de douloureux se produit, j'ai tendance à donner une importance hors de proportion à l'incident.
- 25. Quand j'échoue à quelque chose d'important pour moi, j'ai tendance à me sentir seul(e) dans mon échec.
- 26. J'essaye d'être compréhensif(ve) et patient(e) envers les aspects de ma personnalité que je n'aime pas.

Annexe 4 :

Inventaire de Dépression de Beck (Aaron T. Beck. M.D.)

Pour chacun des groupes d'énoncés suivants, entourez le chiffre qui décrit le mieux votre état actuel

0- Je ne me sens pas triste.

1- Je me sens triste.

2- Je me sens perpétuellement triste et je n'arrive pas à m'en sortir.

3- Je suis si triste ou si découragé(e) que je ne peux plus le supporter.

0- Je ne me sens pas particulièrement découragé(e) en pensant à l'avenir.

1- Je me sens découragé(e) en pensant à l'avenir.

2- Il me semble que je n'ai rien à attendre de l'avenir.

3- L'avenir est sans espoir et rien ne s'arrangera.

0- Je n'ai pas l'impression d'être une(e) raté(e).

1- Je crois avoir connu plus d'échecs que le reste des gens.

2- Lorsque je pense à ma vie passée, je ne vois que des échecs.

3- Je suis un(e) raté(e).

0- Je tire autant de satisfaction de ma vie qu'autrefois.

1- Je ne jouis pas de la vie comme autrefois.

2- Je ne tire plus vraiment de satisfaction de la vie.

3- Tout m'ennuie, rien ne me satisfait.

0- Je ne me sens pas particulièrement coupable.

1- Je me sens coupable une grande partie du temps.

2- Je me sens vraiment coupable la plupart du temps.

3- Je me sens constamment coupable.

0- Je n'ai pas l'impression d'être puni(e).

1- J'ai l'impression d'être parfois puni(e).

2- Je m'attends à être puni(e).

3- Je sens parfaitement que je suis puni(e).

0- Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même.

1- Je suis déçu(e) de moi-même.

2- Je suis dégoûté(e) de moi-même.

3- Je me hais.

0- Je ne crois pas être pire que les autres.

1- Je critique mes propres faiblesses et défauts.

2- Je me blâme constamment de mes défauts.

3- Je suis à blâmer pour tout ce qui arrive de déplaisant.

- 0- Je ne pense jamais à me tuer.
- 1- Je pense parfois à me tuer mais je ne le ferai probablement jamais.
- 2- J'aimerais me tuer.
- 3- Je me tuerais si j'en avais la possibilité.

- 0- Je ne pleure pas plus que d'habitude.
- 1- Je pleure plus qu'autrefois.
- 2- Je pleure constamment.
- 3- Autrefois, je pouvais pleurer, mais je n'en suis même plus capable aujourd'hui.

- 0- Je ne suis pas plus irritable qu'autrefois.
- 1- Je suis légèrement plus irritable que d'habitude.
- 2- Je me sens agacé(e) et irrité(e) une bonne partie du temps.
- 3- Je suis constamment irrité(e) ces temps-ci.

- 0- Je n'ai pas perdu mon intérêt pour les autres.
- 1- Je m'intéresse moins aux gens qu'autrefois.
- 2- J'ai perdu la plus grande partie de mon intérêt pour les autres.
- 3- Les gens ne m'intéressent plus du tout.

- 0- Je prends mes décisions exactement comme autrefois.
- 1- Je remets les décisions au lendemain beaucoup plus fréquemment qu'autrefois.
- 2- J'éprouve de grandes difficultés à prendre des décisions de nos jours.
- 3- Je suis incapable de prendre des décisions.

- 0- Je ne crois pas que mon apparence a empiré.
- 1- Je crains d'avoir l'air plus âgé(e) ou moins attrayant(e).
- 2- Je crois que mon apparence a subi des changements irréversibles qui me rendent peu attrayant(e).
- 3- Je crois que je suis laid(e).

- 0- Je travaille aussi bien qu'autrefois.
- 1- J'ai besoin de fournir un effort supplémentaire pour commencer un travail.
- 2- Je dois me forcer vraiment très énergiquement pour faire quoi que ce soit.
- 3- Je suis absolument incapable de travailler.

- 0- Je dors aussi bien que d'habitude.
- 1- Je ne dors pas aussi bien que d'habitude.
- 2- Je me réveille une à deux heures plus tôt que d'habitude et j'ai du mal à me rendormir.
- 3- Je me réveille plusieurs heures plus tôt que d'habitude et ne parviens pas à me rendormir.

- 0- Je ne me sens pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- 1- Je me fatigue plus vite qu'autrefois.
- 2- Un rien me fatigue.
- 3- Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.

- 0- Mon appétit n'a pas changé.
- 1- Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.
- 2- Mon appétit a beaucoup diminué.
- 3- Je n'ai plus d'appétit du tout.

- 0- Je ne crois pas avoir maigri ces derniers temps.
- 1- J'ai maigri de plus de cinq livres (2.2 kg).
- 2- J'ai maigri de plus de dix livres (4.5 kg).
- 3- J'ai maigri de plus de quinze livres (6.8 kg).

- 0- Ma santé ne m'inquiète pas plus que d'habitude.
- 1- Certains problèmes physiques me tracassent comme des douleurs, des maux d'estomac ou de la constipation.
- 2- Je suis très inquiet(e) à propos de problèmes physiques et il m'est difficile de penser à autre chose.
- 3- Mes problèmes physiques me tracassent tant que je n'arrive pas à penser à rien d'autre.

- 0- Je n'ai pas remarqué de changements à propos de ma libido.
- 1- Je m'intéresse moins aux rapports sexuels qu'autrefois.
- 2- Je m'intéresse beaucoup moins aux rapports sexuels.
- 3- J'ai perdu tout intérêt pour les rapports sexuels

Annexe 5 :

L'échelle de Dépression « Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale CES-D »

Durant la semaine dernière, J'ai trouvé que :	Jamais	Très rarement	Occasionnellement	Assez souvent	Fréquemment	En permanence	CODAGE
1. J'ai été contrarié par des choses que d'habitude ne me dérange pas	0	0	1	2	3	3	
2. Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit	0	0	1	2	3	3	
3. J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis	0	0	1	2	3	3	
4. J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres	3	3	2	1	0	0	
5. J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais	0	0	1	2	3	3	
6. Je me suis sentie déprimée	0	0	1	2	3	3	
7. J'ai eu l'impression que tout action me demandais des efforts	0	0	1	2	3	3	
8. j'ai été confiante en l'avenir	3	3	2	1	0	0	
9. J'ai pensé que ma vie était un échec	0	0	1	2	3	3	
10. Je me suis sentie craintive	0	0	1	2	3	3	
11. Mon sommeil n'a pas été bon	0	0	1	2	3	3	
12. J'ai été heureuse	3	3	2	1	0	0	
13. J'ai parlé moins que d'habitude	0	0	1	2	3	3	
14. Je me suis sentie seule	0	0	1	2	3	3	
15. Les autres ont été hostiles envers moi	0	0	1	2	3	3	
16. J'ai profité de la vie	3	3	2	1	0	0	
17. J'ai eu des crises de larmes	0	0	1	2	3	3	
18. Je me suis sentie triste	0	0	1	2	3	3	
19. J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas	0	0	1	2	3	3	
20. J'ai manqué d'entrain	0	0	1	2	3	3	