

## Analyse fonctionnelle de la dépression unipolaire

GILLES GAUDETTE

Hôpital Louis-H. Lafontaine et Clinique psychosomatique Cherrier  
et

ARIEL STRAVYNSKI

Université de Montréal et Hôpital Louis-H. Lafontaine

Cet article présente un cadre conceptuel et pratique qui a pour but de faciliter l'identification des problèmes individuels présentés par les clients déprimés et à partir de ceux-ci, formuler des cibles thérapeutiques concrètes qui vont être abordées en thérapie.

La démarche pour l'établissement d'un diagnostic différentiel, selon les critères du DSM-III (1980), nous aide à identifier un état dépressif et à le distinguer de d'autres psychopathologies ou types de dépression. Cela ne constitue, comme nous l'avons dit précédemment, qu'une phase d'identification de la problématique. Par la suite, lorsque nous nous situons dans une perspective comportementale cognitive du traitement de la dépression, nous devons procéder à une analyse fonctionnelle (ou comportementale) détaillée. Cette analyse fonctionnelle devrait nous permettre 1) d'identifier les situations problématiques et les comportements de l'individu dans ces situations problématiques; 2) de formuler certaines hypothèses de travail pouvant expliquer en quoi ces réactions comportementales et cognitives mésadaptées maintiennent l'état dépressif; et 3) d'envisager des solutions comportementales et cognitives plus adaptées auxquelles l'individu pourrait avoir recours pour lui permettre d'affronter de façon plus adéquate des situations auparavant insolubles. Ces solutions plus adaptées deviendront les buts thérapeutiques individuels qui seront travaillés lors de la thérapie.

Toute correspondance doit être adressée à Ariel Stravynski, Ph.D., Centre de recherche, Hôpital Louis-H. Lafontaine, 7401 Hochelaga, Montréal (Québec) Canada H1N 3M5

Nous proposons, dans le présent texte, un canevas d'entrevue clinique qui devrait faciliter la cueillette des informations pertinentes à l'élaboration d'une analyse fonctionnelle.

### 1. Revue des symptômes

Il peut être utile, dans un premier temps, de passer en revue les différents symptômes qui définissent la dépression. On doit tenter d'identifier le début et les circonstances d'apparition, l'intensité et l'évolution des symptômes. De même, on peut aussi tenter de les mettre en contraste avec le fonctionnement antérieur à la dépression. En réalisant cette démarche, la personne déprimée nous fournit généralement de l'information sur les circonstances d'apparition et sur le déroulement de sa dépression ainsi que sur la nature de certaines distorsions cognitives qui s'y sont greffées.

### 2. Ré-évaluation du risque suicidaire

L'évaluation du risque suicidaire doit être faite au moment des entrevues pour l'établissement du diagnostic différentiel. Cependant, une ré-évaluation du risque suicidaire peut enrichir l'analyse fonctionnelle. Par exemple, un questionnement systématique sur les circonstances entourant l'apparition des idées, ruminations, intentions ou gestes suicidaires, fournit de l'information sur les situations conflictuelles vécues par la personne, sur les distorsions cognitives dans la façon d'entrevoir ses conflits et leurs solutions, sur les personnes significatives dans l'environnement social du client ainsi que sur la façon dont la personne interagit avec ces personnes. De plus, une évaluation du risque suicidaire doit être faite par le clinicien et des mesures spécifiques doivent être mises en branle si ce risque semble trop élevé.

### 3. Taux des activités

Les épisodes dépressifs sont généralement associés à une baisse du taux d'activités générales de la personne (Lewinshon, 1975). On observe habituellement une sorte de cercle vicieux: la personne déprimée n'a plus le goût de participer à différentes activités de loisirs et entrevoit toutes activités journalières (hygiène de base, entretien de la maison, travail, etc) comme une corvée quasi insurmontable. Elle limite ses activités socio-culturelles et par conséquent s'isole socialement et se prive de sources de renforcement; elle néglige ses activités journalières et s'auto-dévalorise pour ne plus être capable d'accomplir ses activités délaissées par le client depuis qu'il est en dépression, recenser les motifs fournis par la personne pour ne plus les accomplir (v.g. je n'ai pas le goût, j'en suis incapable, j'ai honte de moi, etc.) et l'on doit sélectionner parmi ces activités celles qui pourraient être reprises en premier lieu. La grille d'auto-observation des activités, inspirée de Lewinshon, reproduite au Tableau 1,

Tableau 1. Grille d'auto-observation

AUTO-OBSERVATION							
Nom: .....	Semaine: .....						
du: ..... au: .....	No du sujet: .....						
HEURES	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
6 à 7							
7 à 8							
8 à 9							
9 à 10							
10 à 11							
11 à 12							
12 à 13							
13 à 14							
14 à 15							

Tableau 1. Grille d'auto-observation (suite)

AUTO-OBSERVATION							
Nom: .....	Semaine: .....						
du: ..... au: .....	No du sujet: .....						
HEURES	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
15 à 16							
16 à 17							
17 à 18							
18 à 19							
19 à 20							
20 à 21							
21 à 22							
22 à 23							
23 à 24							

permet de suivre l'évolution du taux d'activités et de mettre en relation ce taux d'activités avec les variations de l'humeur et elle fournit des indications sur le degré d'isolement social de la personne.

#### 4. *Analyse du fonctionnement dans les relations interpersonnelles*

Une évaluation systématique du fonctionnement du client dans ses relations interpersonnelles doit être effectuée et cela pour les deux raisons suivantes. Dans bien des cas, on observe que l'état dépressif est relié à un fonctionnement inadéquat dans les relations interpersonnelles. De plus, l'état dépressif perturbe les interactions de l'individu avec son environnement social. Par relations interpersonnelles, nous entendons les relations d'intimité avec des membres de la famille ou des personnes proches, les relations sociales avec les connaissances et les relations professionnelles. Dans chacun des cas, on doit identifier les personnes significatives pour le client. Par significatives, on entend autant les personnes qui soutiennent et renforcent le client que les personnes qui sont aversives ou en conflit avec le client ou un mélange des deux. Klerman et al. (1984) identifient quatre problématiques interpersonnelles fréquentes chez les déprimés.

##### a) *Réaction de deuil*

Un épisode dépressif peut être occasionné par des réactions anormales de deuil. Une réaction anormale peut être un deuil différé ou un deuil mal résolu. Un deuil différé se manifeste par des réactions similaires à un deuil normal mais arrive beaucoup plus tard par rapport au décès de la personne importante. Possiblement, des événements actuels dans la vie du client peuvent rap- peler la perte de cette personne significative. Les réactions de deuil mal résolu sont souvent caractérisées par l'absence d'humeur dysphorique et suivent im- médiatement le décès ou la perte de la personne significative.

On peut donc passer en revue les relations interpersonnelles du patient et obtenir une histoire des relations significatives pour les personnes qui sont maintenant décédées ou absentes. Cela inclut les circonstances du décès ou de la perte ainsi que les réactions comportementales et émotives dans chacun des cas.

##### b) *Situations de conflits interpersonnels*

Le conflit interpersonnel réfère à une situation dans laquelle le patient et au moins une autre personne importante dans la vie de ce dernier ont des attentes incompatibles en ce qui a trait à leur relation. Pour établir un lien entre un épi- sode dépressif et une telle situation conflictuelle, il est important que la per- sonne mette en évidence, dès les premières rencontres, l'importance de cette situation conflictuelle pour elle (v.g. perte d'estime d'elle-même et une con-

viction selon laquelle il n'y a pas d'issue à cette situation) et que cette situa- tion soit d'une intensité suffisamment grande pour perturber la vie du client.

##### c) *Transition de rôle*

Les dépressions associées à des transitions de rôles apparaissent lorsque les patients éprouvent énormément de difficulté à s'ajuster aux changements de la vie. Ces changements peuvent être immédiatement apparents (v.g. divorce) ou encore être de nature plutôt symbolique (v.g. la perte de liberté associée à la naissance d'un enfant ou un changement de statut professionnel ou social). Certes, un changement dans un rôle social n'entraîne pas nécessairement une dépression. Cet aspect prend particulièrement de l'importance lorsqu'il y a une évidence que le patient réagit de façon significative à un tel changement par une perte d'estime de soi ou encore par un fonctionnement inadéquat dans ses relations interpersonnelles. Ainsi, le clinicien doit explorer avec le client les différents changements de rôle auxquels le client a été soumis et surtout, évaluer la signification que le client attribue à de tels changements. Habituel- lement, les patients déprimés suite à un tel problème de transition de rôle, re- lient spontanément leur dépression à ces changements récents. Cependant, semble-t-il, ils ne sont pas conscients du lien entre la signification psychologi- que de ce changement et la diminution de leur estime de soi.

##### d) *Déficits interpersonnels*

Les déficits interpersonnels sont choisis comme focus d'évaluation lorsque le patient a une histoire d'inadéquauté dans ses relations sociales et interper- sonnelles. On peut distinguer trois types de déficits interpersonnels soit, cer- tains patients sont carrément isolés socialement; d'autres ont un éventail suf- fisant de relations interpersonnelles mais ne sont pas pleinement satisfaits dans leurs relations; de tels individus ont, semble-t-il, une faible estime d'eux-mêmes chronique malgré des succès professionnels et interpersonnels apparents. Enfin les personnes déprimées de façon chronique présentent des déficits qui peuvent devenir particulièrement importants lorsqu'il y a des pé- riodes de changement ou de transition ou encore une situation interper- sonnelle conflictuelle.

#### 5. *Évaluation des pensées et des schémas d'analyse dysfonctionnelle*

L'analyse cognitive de la dépression suggère que celle-ci est avant tout re- liée à une tendance à se voir soi-même et à entrevoir le futur et le monde d'une façon très pessimiste. Cette distorsion, vision négative de soi, du futur et du monde, est appelée «la triade négative» (Beck, 1967). Ces erreurs de logique aident le maintien de la dépression car l'individu continue à interpréter les événements de façon extrême, négative, catégorique, absolue, unilatérale. Les erreurs d'inférence logique sont organisées dans des croyances fondamentales

L'analyse fonctionnelle peut se résumer ainsi. L'épisode dépressif semble s'être développé selon le scénario suivant: monsieur L. aurait perdu un emploi de commis de bureau il y a une vingtaine d'années. A ce moment, il a décidé de travailler comme chauffeur de taxi. Il aurait beaucoup apprécié cette situation durant les premières années, mais il commençait à questionner ce choix un an environ avant le début de son épisode dépressif majeur. D'une part, il constatait qu'il n'avait plus la même résistance physique qu'antérieurement; il se voyait mal préparé par rapport à une retraite possible; et enfin, son épouse exerçait des pressions pour qu'il cesse cet emploi, ou du moins réduise ses heures de travail à cause de l'horaire instable et chargé. Par contre, tout semblait relativement bien fonctionner au niveau de ses relations interpersonnelles, de sa vie familiale et conjugale, à l'exception des problèmes ci-haut mentionnés. Il aurait quand même entrepris une démarche de consultation en clinique externe et a eu une prescription d'antidépresseurs (Sinequan) pour réaction dépressive.

Six mois avant le début de la consultation avec nous, il a eu un accident d'auto; c'était le premier accident dont il était victime depuis qu'il oeuvrait comme chauffeur de taxi. Cet accident aurait été soit occasionné ou soit suivi d'une crise d'épilepsie, ce qui aurait causé une perte de conscience et une hospitalisation. Par la suite, la Régie de l'assurance-automobile lui a retiré son permis d'exercice comme chauffeur de taxi pour une période d'un an, à cause du risque possible d'une nouvelle crise d'épilepsie. Suite à cet accident, l'ensemble des symptômes dépressifs est apparu rapidement. Monsieur L. avait des pensées récurrentes de mort, sans pour autant avoir de plan précis ou fait de tentative suicidaire.

Sur le plan cognitif, monsieur L. a développé une faible estime de lui-même. Il se considère comme gars fini, incapable dorénavant de faire quoi que ce soit et vit les réminiscences de son accident ainsi que son épisode dépressif avec énormément de honte. Il interprète n'importe quel événement de la vie quotidienne selon le schéma suivant: je suis un gars fini, je suis incapable de faire quoi que ce soit; je ne m'en sortirai jamais; j'ai honte d'être ainsi; je suis un fardeau pour les gens qui m'entourent; je serais mieux mort.

Son taux d'activité est très faible. En fait, il passe le plus grand de ses journées à tenter d'accomplir quelques tâches ménagères; il s'isole chez lui, rumine les circonstances de son accident et l'incapacité qui en découle. Il a perdu tout intérêt pour les activités sociales ou autres qu'il accomplissait antérieurement.

Ses relations interpersonnelles sont perturbées. Il n'avait pas de déficit particulier avant sa dépression; ses relations sociales, professionnelles, conjugales et familiales étaient très satisfaisantes. Tous les gens qui l'entourent sont dépassés par la situation et par ses réactions. Il évite, de plus, de rencontrer ses anciens collègues de travail car il est honteux de sa dépression et est assuré que ces derniers vont le mépriser.

particulières à chaque individu (v.g. craintes de ne pas être aimé, être abandonné, etc.).

L'identification des pensées dysfonctionnelles et des croyances sous-jacentes n'est pas très difficile à faire. Lors des entrevues d'évaluation, la personne nous donne généralement bon nombre d'illustrations des principales pensées dysfonctionnelles qu'elle génère automatiquement, peu importe le problème évalué. Ces pensées apparaissent comme des réflexions automatiques formulées par le client. Elles ont généralement un contenu similaire, peu importe la situation discutée.

Les informations recueillies lors des entrevues cliniques, grâce au canevas, devaient être suffisantes pour l'ébauche d'une analyse fonctionnelle. Nous parlons d'ébauche puisqu'il est entendu qu'une analyse fonctionnelle n'est pas un processus statique, mais est soumise constamment à une ré-évaluation en fonction des nouveaux éléments qui risquent d'apparaître lors de la thérapie (nouvelles informations fournies par le client, progrès de ce dernier, nouveaux événements dans sa vie, etc.). Nous suggérons la procédure suivante pour rédiger une telle analyse fonctionnelle.

#### *L'analyse fonctionnelle et sa formulation*

Dans un premier temps, on identifie les problèmes qui préoccupent le client en dehors de la symptomatologie (v.g. à cause de ma «maladie», je suis devenu inutile). Deuxièmement, on identifie comment le problème se manifeste dans diverses situations (v.g. au travail, avec le conjoint, les enfants, des amis, etc.) et comment le client s'y comporte. Parfois, il est utile d'en faire une liste selon une hiérarchie des difficultés. Troisièmement, nous traçons une histoire développementale de ces problèmes et les réactions qu'ils évoquent; il est quasiment impossible que leur genèse soit l'épisode dépressif. Fréquemment, l'histoire développementale dévoile que certains comportements ou stratégies bien adaptés à un contexte particulier deviennent inutiles et même nuisibles dans un autre contexte bien différent. Quatrièmement, il peut être pratique d'essayer de formuler un scénario hypothétique quant au déclenchement de l'épisode dépressif, les facteurs qui y sont associés ainsi que d'autres qui contribuent à maintenir l'état dépressif.

#### EXEMPLE D'ANALYSE FONCTIONNELLE

Voici en terminant le résumé d'une analyse fonctionnelle d'un client que nous avons traité: Monsieur L.

Monsieur L. est âgé de 59 ans, marié, père d'une fille de 32 ans et d'un garçon de 27 ans. Il est chauffeur de taxi depuis vingt ans environ. Le diagnostic différentiel en est un d'épisode dépressif majeur. Cet épisode dépressif est le premier que monsieur L. ait connu durant sa vie. Il n'a jamais présenté de problème physique ou mental auparavant.

*Résumé de l'analyse fonctionnelle*

- a) Situations problématiques identifiées:
1. Difficulté à structurer son horaire de vie depuis son accident.
  2. Évitement de situations de loisirs (V.g. cinéma, restaurant, danse sociale).
  3. Évitement de rencontres avec des collègues de travail et amis par crainte d'être méprisé par eux à cause de son état dépressif.

b) Hypothèses

Les situations problématiques sont encadrées par des distortions cognitives telles que «je suis un gars fini, je ne peux plus réorganiser ma vie suite à mon accident et les gens me méprisent parce que je suis déprimé»; cela constitue le principal problème sous-jacent à l'état dépressif de Monsieur L.

c) Solutions thérapeutiques envisagées:

1. Auto-observation et planification de son horaire de vie quotidienne.
2. Incitation à réaliser des loisirs sociaux en compagnie de sa femme (cours de danse sociale, souper au restaurant avec des amis).
3. Incitation à se dévoiler en discutant de son état dépressif avec ses proches et revoir ses anciens collègues de travail.

d) Moyens thérapeutiques

Lors de la prescription de chacune de ces solutions thérapeutiques et lors de la vérification des résultats obtenus, procéder à une restructuration cognitive concernant la perception qu'il est un gars fini et qu'il ne peut réorganiser sa vie.

**Abstract**

This paper presents a conceptual and practical framework for the identification of individual problems presented by depressed clients. The identified problems are used as a basis for a formulation of targets to be treated in therapy.

**REFERENCES**

- American Psychiatric Association (1985). *DSM-III. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Masson, Paris.
- Beck, T. (1967). *Cognitive therapy and emotional disorders*. International University Press, New York.
- Klerman, J., Weissman, M. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depressive disorder*. Basic Book, New York.