

Psychothérapie de soutien et dépression chez la femme: illustration à partir d'un cas clinique

Supportive Psychotherapy And Depression In Women: Illustration From A Clinical Case

Touati Saida *

¹ Université Abderrahmane Mira, Bejaia (Algérie)
Email: saida.touati@univ-bejaia.dz

Soumis, le

04/12/2023

Accepté, le

23/03/2024

Publié, le

01/06/2024

Résumé: La dépression est l'un des troubles mentaux les plus fréquents chez les femmes. Ce constat a suscité de nombreux questionnements et a fait émerger différentes théories explicatives. Sur le plan psychothérapeutique, différentes options sont disponibles actuellement pour la prise en charge de la dépression, et la psychothérapie de soutien a déjà fait preuve de son efficacité et, en pratique, facile à mettre en œuvre. À partir du cas d'une patiente suivie dans un établissement public de santé pendant un an et demi, nous avons montré comment il est tout à fait possible pour une femme souffrant d'une dépression, une fois la phase aiguë de la maladie surmontée, de reprendre sa vie en main. Ce suivi psychologique a permis, en effet, de stimuler et de développer certaines ressources psychologiques chez cette patiente (l'estime de soi, la confiance, l'optimisme, le contrôle personnel...), l'aidant ainsi à faire face à ses problèmes, voire à les résoudre.

Les mots clés: Femme; Dépression; Ressources psychologiques; Psychothérapie de soutien.

Abstract: Depression is one of the most common mental disorders affecting women. This observation has raised numerous questions and led to the emergence of various explanatory theories. On the psychotherapeutic level, different options are currently available for the treatment of depression, and supportive psychotherapy has already proven its effectiveness; in practice, it is easy to implement. Based on the case of a patient followed in a public health facility for a year and a half, we have shown how it is entirely possible for a woman suffering from depression, once the acute phase of the illness is overcome, to regain control of her life. This psychological follow-up has indeed allowed for the stimulation and development of certain psychological resources in this patient (self esteem, confidence, optimism, personal control...), thereby helping her to face and possibly resolve her problems.

Keywords: Woman; Depression; Psychological resources; Supportive psychotherapy.

* **Auteur correspondant**



INTRODUCTION

La dépression fait partie des troubles mentaux les plus fréquents et les plus invalidants des dernières décennies. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2021) estime que près de 280 millions de personnes en souffrent dans le monde et anticipe même qu'elle atteindra la première place en 2030 (Assemblée Mondiale de la Santé, 2012). Précisons que selon une étude australienne, la Tunisie est parmi les pays arabes où la prévalence de la dépression dépasse les 7%, tout comme l'Algérie, la Libye, le Soudan, le Yémen, la Palestine et la Syrie (PLOS Medicine, 2013). Elle représente ainsi un enjeu de santé publique majeur et soulève de nombreuses questions de société. Le risque de récurrence est également élevé et chaque épisode dépressif récurrent devient encore plus sévère et plus épuisant que le précédent. En effet, parmi les individus atteints d'une dépression, il a été estimé qu'environ 35 à 50% feront l'expérience d'épisodes dépressifs persistants ou récurrents à l'avenir (Eaton *et al.*, 2008; Hardeveld *et al.*, 2010, cités dans Perquier, 2014), ce qui fait de cette affection l'une des premières causes du nombre d'années de vie vécues avec une incapacité chez les adolescents et les adultes. Outre sa chronicisation, la complication principale de ce trouble est le suicide, car un passage à l'acte demeure une éventualité à craindre chez le sujet déprimé. L'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM, 2019) estime, à ce propos, que 10 à 20% des personnes dépressives meurent par suicide.

Il est tout aussi important de souligner que la souffrance psychologique de certaines catégories de la population (les moins favorisées) demeure mal connue et leur prise en charge paraît, dans certains cas, insuffisante ou inadaptée (moindre recours aux spécialistes, difficultés à initier ou à suivre une démarche de soins...).

Concernant la prise en charge des consultants, l'efficacité du traitement psychothérapeutique des patients dépressifs est considérée aujourd'hui comme avérée, tout en soulignant la nécessité de tenir compte de la phénoménologie du trouble, de sa durée, de son degré de sévérité ainsi que du contexte social du sujet. En outre, en cas d'une dépression sévère ou aiguë, la combinaison d'un traitement médicamenteux et psychothérapeutique est recommandée (Association des psychiatres et psychothérapeutes allemands (DGPPN), citée dans Küchenhoff, 2012).

L'approche thérapeutique du cas clinique que nous allons présenter a, en effet, associé une psychothérapie de soutien à une psychopharmacothérapie. L'objectif de ce travail est de montrer que la psychothérapie de soutien est d'une grande utilité lors d'une phase critique de la vie, d'un épisode dépressif sévère, dans le sens où elle offre un espace dans lequel le patient peut s'exprimer librement, se

livrer loin de tout jugement notamment lorsque celui-ci est très présent et douloureux dans le milieu familial et social, et l'aide à renforcer certains aspects de son fonctionnement. D'autre part, nous voulons également montrer que même chez une personne atteinte d'une dépression, en situation de vulnérabilité, des ressources résilientes latentes existent. Et la collaboration mutuelle entre le patient et le thérapeute demeure la condition essentielle pour stimuler ou développer progressivement celles-ci (l'estime de soi, la confiance, l'optimisme, le contrôle personnel, l'autonomie, la sociabilité, etc.) et permettre ensuite la résolution de certains problèmes personnels et interpersonnels.

2. Dépression : définitions, évaluation et diagnostic

La dépression est, classiquement et encore aujourd'hui, considérée essentiellement comme un trouble de l'humeur. Il s'agit d'un terme générique qui peut désigner un ensemble de pathologies ou d'états dépressifs, à cause de la variété des manifestations. Cette pluralité fait partie de la définition même du concept. La dépression *se caractérise par un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. Il existe une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer, associées couramment à une fatigue importante, même après un effort minime. Des troubles du sommeil et une diminution de l'appétit sont aussi généralement associés. Il existe presque toujours une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi et, fréquemment, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, même dans les formes légères*» (OMS, 1996, citée dans Pan Ké Shon et Duthé, 2013, pp.5-6). À noter que la description freudienne de la mélancolie (1917) présente une grande similitude avec cette définition et d'autres définitions contemporaines de la dépression.

Cette pathologie est donc à différencier des sautes d'humeur habituels et des réactions émotionnelles passagères face aux problèmes du quotidien désignées communément sous le terme de «déprime». En d'autres termes, il ne s'agit pas d'un «moment de blues, de tristesse, de manque d'entrain, ni d'un «laisser-aller», **mais** d'une véritable maladie ayant des répercussions importantes sur la vie du sujet et nécessitant une prise en charge appropriée.

Il existe actuellement différentes acceptions de cette pathologie selon les différentes perspectives théoriques, mais celles-ci partagent un socle commun: la présence de certains types de symptômes corrélés entre eux (le ralentissement moteur et psychique, l'humeur dépressive et les manifestations somatiques) et liés à une importante souffrance psychique (Pewzner, 2003, pp.88-89). Précisons que la parution du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (avec les révisions successives connues) a beaucoup aidé à un meilleur consensus sur les

Psychothérapie de soutien et dépression chez la femme: illustration à partir d'un cas clinique

symptômes de la dépression. Ces éléments du noyau dépressif comportent aussi des nuances et une intensité variables selon le type de dépression rencontrée. Plusieurs formes cliniques ont été ainsi distinguées par différents cliniciens (dépression endogène, psychogène, névrotique, limite, psychotique, majeure, persistante, etc.) suivant leurs approches théoriques et le principe de classification adopté (Pedinielli et Bernoussi, 2005, pp.68-76). De plus, l'expression symptomatique de ce trouble peut varier d'un patient à l'autre, selon l'âge, le genre et parfois même suivant le contexte culturel. Ce fait constitue, entre autres, l'une des difficultés du diagnostic de la dépression.

Il est également important de souligner que les positions des auteurs quant au diagnostic de ce trouble divergent: certains le considèrent comme une manifestation secondaire à certains troubles psychiques tels que la névrose, la psychose et surtout la mélancolie. Cet emploi prédomine encore dans le courant psychanalytique, où la dépression est envisagée en tant que syndrome et non en tant que maladie (Morin, 2010, p.8). Pour d'autres, au contraire, il s'agit d'une entité clinique autonome. Dans cette seconde optique, les troubles mentaux s'ordonnent en catégories définies par des critères cliniques objectifs d'inclusion et d'exclusion. Les classifications psychiatriques contemporaines s'inscrivent dans cette démarche pragmatique et scientifique. Cependant, il est à préciser que même dans ce dernier cas, la dépression peut être associée à d'autres troubles mentaux (troubles anxieux, addictifs, etc.) et/ou à des troubles somatiques (maladies chroniques...), ce qui rend encore le diagnostic difficile à établir.

En outre, l'abord de la dépression diffère suivant les disciplines et les courants théoriques. Les différences portent sur le sens donné aux symptômes, sur la prise en compte de leur intensité, de leur durée et de leur inscription dans l'histoire personnelle du sujet et dans le contexte sociétal. Ces éclairages multiples et parfois contradictoires relèvent du paradigme dans lequel est envisagée la dépression et de la façon dont elle est qualifiée (Morin, 2010, p.7).

En psychiatrie, par exemple, le diagnostic est posé sur la base de certains symptômes indépendamment des causes qui ont généré l'état dépressif ou même de la «nature» de cette maladie. Rappelons que la plupart des professionnels de la santé utilisent ce modèle médical pour définir la dépression, les deux classifications auxquelles ils se réfèrent le plus souvent et qui font actuellement autorité en matière de diagnostic sont le DSM (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, dernière révision date de 2013 (version5), APA) et la CIM (Classification internationale des maladies, dernière révision date de 2022 (version11), OMS).

La psychanalyse, en revanche, aborde la dépression d'une manière assez différente: l'évaluation diagnostique repose ici sur l'ensemble du fonctionnement

psychique de la personne déprimée et non sur les signes les plus conscients ou manifestes qu'elle montre et exprime et qui sont sujets à des variations. Elle permet, par exemple, de différencier clairement ce qui est tristesse, qui est un affect normal inhérent à la capacité de sentir de tout être humain doté d'un psychisme bien constitué, affect qu'il peut éprouver à différents moments et événements de sa vie, de ce qui est vécu dépressif, c'est-à-dire posant réellement problème. Comme elle peut également préciser l'ampleur et la profondeur de ce vécu dépressif et le distinguer d'une dépression vraiment établie, voire chronique. La psychanalyse offre, de plus, grâce au travail psychanalytique dans ses différents aménagements, une possibilité de psychothérapie approfondie par une quête de l'origine cachée, partiellement inconsciente, de la manifestation dépressive (Gédance, 2003).

Dans cette perspective, pour que l'approche thérapeutique soit pertinente et adaptée à la situation du patient, une investigation et une réflexion préalable doivent être faites afin de déterminer non seulement à quel degré de gravité, mais surtout à quelle variété spécifique de mode de fonctionnement mental le clinicien se trouve confronté (Bergeret, 1992).

Concernant l'investigation initiale, celle-ci peut être conduite, selon Bergeret (1992), sur le mode classique de l'enquête clinique, ou bien pour ceux qui en sont experts, avec l'aide des méthodes projectives d'investigation dans une approche d'inspiration psychanalytique, ou bien encore, pour d'autres cliniciens, selon la technique des entretiens préalables de mode psychanalytique.

Dans le second cas de figure, les experts de ce mode d'enquête ont bien démontré que le recours aux projectifs (Rorschach, T.A.T.) permet à la fois d'évaluer le mode et le degré d'efficacité de l'organisation défensive d'un sujet et surtout de saisir le modèle de la structuration profonde de sa personnalité (névrotique, psychotique ou limite). Ces tests s'avèrent donc utiles pour cerner les éléments structurels tout autant qu'adaptatifs en jeu dans telle ou telle forme spécifique de dépression.

Il est important de rappeler ici que Bergeret (1992) a déjà souligné que la particularité très spécifique du test de Rorschach, à titre d'exemple, est de rendre compte à la fois du fonctionnel et du structurel, mais cela peut engendrer quelques difficultés en retour, dans la mesure où, dans nombre de cas de dépression, «ce qu'on aimerait pouvoir définir comme structurel se réduit en fait à des éléments d'immaturation affective, c'est-à-dire à des processus mentaux non encore complètement structurés, demeurant donc à un registre d'ordre relativement "fonctionnel"». Il rajoute que, dans de telles situations cliniques si fréquentes dans le domaine de la dépression, il semble difficile de chercher à définir à partir des critères d'utilisation habituels du Rorschach, des repères assez nets permettant de

Psychothérapie de soutien et dépression chez la femme: illustration à partir d'un cas clinique

se faire une idée pertinente de la façon dont le sujet se représente son identité sur un mode vraiment stable. Les ambivalences relationnelles objectales et les fluctuations des investissements narcissiques ne permettent pas de conclure que des choix sont déjà établis. Ainsi, ce qui est possible à constater, c'est l'instabilité, la mobilité de choix successifs, et parfois assez caricaturaux, derrière lesquels s'abrite alternativement le dépressif.

Chabert et ses collaborateurs (2017), quant à eux, ont récemment proposé certains indices de dépression au Rorschach et au T.A.T., mais tout en précisant que ceux-ci ne doivent pas constituer une «liste» pathognomonique des marqueurs de ce trouble aux projectifs. Ils les considèrent plutôt comme un ensemble de signes qui sont à relier et à croiser entre eux, puis à étudier dans leur interaction.

Selon Chabert (1992, pp.33-35), l'évaluation doit donc prendre en compte l'ensemble du fonctionnement psychique du patient à travers l'analyse du processus associatif, des problématiques et des stratégies défensives, si l'on veut véritablement saisir les aménagements établis pour permettre d'éviter la confrontation à la perte d'objet. Il est aussi nécessaire de saisir la qualité des problématiques dépressives, leur fonction, à la fois diversifiée et polysémique, au sein de l'organisation psychique de chaque sujet. Dans une visée opérationnelle, elle précise que la traduction de l'élaboration des problématiques de perte d'objet peut se définir-aux projectifs- par la capacité à associer, à lier l'affect de souffrance à une ou à des représentations de perte. C'est la qualité de cette liaison qui doit être appréciée. Les états ou les moments dépressifs viennent toujours montrer la difficulté-transitoire ou plus fondamentale- à réaliser ou à réactualiser ce travail psychique.

Pour résumer la question du diagnostic dans cette approche psychanalytique, nous nous renvoyons de nouveau à Bergeret (1992, p.11) qui affirme que le diagnostic spécifique de la variété clinique de dépression en cause ne pourra s'établir ni sur une simple description, même très affinée, des symptômes, ni sur une simple description des comportements observés, ni sur les résultats seulement immédiats ou passagers d'un traitement non-spécifique. Le diagnostic utilisable pour le traitement, d'après cet auteur, ne pourra être fait qu'en fonction, d'une part, des repères que fournissent la compréhension de l'économie affective et en fonction, d'autre part, de tout ce qu'il nous sera possible de connaître de l'histoire du sujet, en particulier aux temps de son enfance et surtout de sa petite enfance.

3. Femme et dépression

La dépression est bien plus qu'un vague à l'âme. En effet, pendant longtemps, celle-ci a été perçue comme un trouble mental passager dont la durée était limitée dans le temps. Néanmoins, cette conceptualisation a profondément

évolué lors des dernières décennies pour aboutir à la considérer comme une pathologie hautement récurrente, voire chronique, chez certains patients.

De nombreuses études ont bien montré que certaines catégories de la population sont plus à risques que d'autres de développer un trouble dépressif, en raison d'une multiplicité de facteurs rencontrés dans leurs parcours de vie. En réalité, la prédominance de la dépression chez les femmes est un fait prouvé aujourd'hui, il a été constaté qu'une femme présente entre 1,5 et 2 fois plus de risques qu'un homme de vivre une dépression (Leroux et Morin, 2006). En plus de cette fréquence, la dépression chez les femmes est souvent plus sévère, plus précoce, avec des risques plus grands de rechutes, de tentatives de suicide ou de provocation d'une maladie chronique (Legrand, 2016, citée dans D'Ortenzio, 2022). Nous comprenons ainsi mieux l'importance particulière qui est réservée à cette question dans les recherches actuelles. Certains cliniciens et experts dans des institutions de santé n'ont pas, par ailleurs, hésité à s'interroger sur les critères standards de diagnostic utilisés qui ont plus souvent pris en compte les expressions et les signes de la dépression associés aux femmes plutôt qu'aux hommes (Bayingana et Tafforeau, 2002; D'Ortenzio, 2022; Haute Autorité de Santé (HAS), 2020; Lancelevée et Vozari, 2023).

Cette prévalence est confirmée dans le temps et dans tous les pays et les milieux sociaux. Toutefois, il est à préciser que l'écart entre les hommes et les femmes dans la région MENA (Moyen-Orient et Afrique du Nord) est plus marqué que dans toutes les autres régions du monde, à l'exception notable de l'Amérique latine et des Caraïbes (Freund, 2013). Ainsi, une étude réalisée en Tunisie a montré que chez les sujets bénéficiant d'un congé de longue durée supérieur à 12 mois, 27% étaient des hommes et 73% des femmes. La majorité de ces dernières souffraient de troubles dépressifs majeurs et de troubles de l'adaptation avec humeur dépressive (plus de 80% versus 65%) (Douki, Nacef et Ben Zineb, 2006). Une autre étude descriptive effectuée cette fois-ci à Oran, en Algérie, à recrutement prospectif pendant deux ans (Djaoui, 2010-2012) dont le but était de préciser les caractéristiques cliniques et socio-familiales de cent patients admis aux urgences médico-chirurgicales pour tentative de suicide, a révélé un taux de 60% de femmes contre 40% d'hommes ayant fait cette tentative. Ces comportements violents renseignent sur les sentiments de dépression et la faible estime de soi qui ne se sont pas exprimés sous la forme habituelle.

Cette différence assez marquée par rapport au genre a fait émerger plusieurs tentatives d'explication selon les modèles théoriques existants (biologique, psychanalytique, cognitif, psychosocial), sachant que ces conceptions ne sont pas exclusives les unes des autres. Différents facteurs ont été, en effet, proposés tels que les fluctuations hormonales, les relations parentales carencées et les

Psychothérapie de soutien et dépression chez la femme: illustration à partir d'un cas clinique

expériences de séparation, les problèmes relationnels (notamment les violences sexuelles et conjugales), les événements de vie (séparation, divorce, veuvage), les vulnérabilités cognitives et les stratégies de coping utilisées, les pressions sociétales..., et ce, en vue d'apporter des éclairages sur cette question. Pour l'instant, les causes spécifiques de la dépression chez les femmes demeurent incertaines.

Les troubles hormonaux, à titre d'exemple, ont longtemps été attribués à la femme, certains auteurs parlent d'ailleurs du «cycle dépressif de la femme». Ces derniers considèrent que la dépression est étroitement liée à son cycle reproductif ou hormonal. La femme présente, selon certaines études (Agbokou, Ferreri, Nuss et Peretti, 2011; Douki, Nacef et Ben Zineb, 2006; Perquier, 2014, etc.), des pics dépressifs au cours de certaines périodes de sa vie dites «critiques» (puberté, période prémenstruelle, grossesse, postpartum et péri-ménopause. Nous retrouvons même dans la dernière version du DSM une forme de dépression (trouble dysphorique prémenstruel) inhérente aux conditions biologiques de la femme (Association Américaine de Psychiatrie (APA), 2013/2015, pp.200-204).

De nombreuses études ont également montré que les femmes ayant eu un épisode dépressif lors d'importantes fluctuations hormonales étaient à risque de faire un nouvel épisode lorsqu'elles étaient réexposées à ces fluctuations, et notamment lors du passage à la ménopause. Il paraît que le risque de dépression au cours de cette dernière phase est en augmentation (Fathy Mahmoud Mohammed et Salem Mohammed, 2018). Ces constatations ont conduit à émettre l'hypothèse d'une vulnérabilité biologique aux fluctuations hormonales chez certaines femmes.

Cependant, il est admis que les facteurs biologiques n'expliquent qu'une petite partie de l'émergence de ce trouble. De ce fait, depuis quelques décennies, plusieurs chercheurs (Amiel-Lebigre, 2004; Belle et Doucet, 2003; D'Ortenzio, 2022; Douki Dedieu, 1990, 2002, 2011; Douki, Nacef et Ben Zineb, 2006; Ferreri *et al.*, 2003; Ghubash, 2001; Lancelevée et Vozari, 2023, etc.) se sont penchés sur l'étude des facteurs contextuels, notamment psychosociaux (discriminations, violences, normes de genre, responsabilité incessante pour les soins d'autrui, exposition à des événements stressants, précarité, etc.) pouvant accroître le risque de sa survenue chez la femme. Ces risques sociaux s'influencent les uns et les autres et exacerbent certaines situations. Notons ici que le vécu des diverses situations, sus-citées, et le sens qui leur est attribué sont étroitement dépendants de variables internes (histoire personnelle et familiale, éléments de personnalité, vie fantasmatique...).

Sur le plan psychothérapeutique, plusieurs options sont disponibles actuellement pour la prise en charge de la dépression. De nombreux cliniciens insistent de surcroît sur l'intérêt d'une prise en compte des aspects relatifs au

genre dans le traitement psychique et aussi médicamenteux de certaines affections (surtout la dépression et l'anxiété), afin qu'il soit plus adapté au sujet atteint et le plus efficace possible (Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (HCE), 2020). Il est à préciser que la psychothérapie de soutien s'est déjà avérée efficace et, en pratique, facile à mettre en œuvre chez des patients qui consultent pour la première fois dans le cadre d'un trouble psychiatrique. Dans cette approche psychothérapeutique, le clinicien ne vise pas seulement la réduction des symptômes, mais aussi le développement des ressources psychologiques dont dispose le patient en vue de l'aider à mieux affronter les événements de vie difficiles et à limiter ainsi le risque de rechute.

4- Psychothérapie de soutien et dépression

Il est aussi question dans ce travail de la psychothérapie de soutien. Cette approche un peu «fourre-tout» est souvent discréditée, même si, dans le domaine de la santé mentale, elle est très utilisée.

Mais avant de tenter de cerner cette dernière, il convient au préalable de définir la notion de soutien. Le soutien indique l'action de supporter, d'aider, d'empêcher de souffrir en apportant du secours et du réconfort. Le soutien n'est pas une spécificité du monde soignant, mais celui-ci, de par sa mission, est amené à soigner, à soulager, voire parfois à guérir. Le médecin, le psychologue, l'infirmière...exercent ce soutien de diverses manières (écoute, rassurance, conseils...). Et c'est au célèbre médecin psychothérapeute, Michael Balint (1980, cité dans Schmitt, 2012), que l'on doit la description des facteurs implicites ayant un rôle de soutien dans l'exercice de la médecine générale. Il s'agit là bien entendu de l'écoute, de la présence et de l'ensemble des attitudes ou des actes destinés à aider le patient. La notion de «remède médecin» qu'il a proposé demeure un des grands piliers de la relation médecin-malade. À partir de là, se sont construites les thérapies de soutien dont la plus connue est représentée par les soins palliatifs.

Quand ce soutien n'est pas épisodique ou ponctuel s'établit une relation de soutien, qui possède une continuité dans le temps et dans ses effets. Cette relation de soutien repose sur l'écoute, la compréhension, l'empathie, l'absence de jugement et la possibilité de faire quelques suggestions ou de donner quelques conseils. Mais l'engagement dans cette relation humaine soutenante exige une conscience claire de la nature et des limites de ce soutien (Schmitt, 2012).

Quant à la psychothérapie de soutien, comme toute psychothérapie, elle s'inscrit dans le cadre d'une demande d'aide psychique formulée par un patient vis-à-vis d'un thérapeute. Bien que celle-ci soit maintes fois proposée à des patients souffrant de divers troubles psychiques, souvent graves, elle est rarement

Psychothérapie de soutien et dépression chez la femme: illustration à partir d'un cas clinique

expliquée ou développée (Holmes, 1995; Rockland, 1995, cités dans Weyeneth *et al.*, 2004). Elle apparaît encore souvent comme le parent pauvre de la psychothérapie, une psychothérapie allégée, de surface, une forme de soins palliatifs psychiques. De ce point de vue, la psychothérapie de soutien fait partie du groupe de psychothérapies dites « recouvrantes », qui visent à rétablir et/ou à renforcer les défenses et l'adaptation générale à la réalité, et non à mobiliser le psychisme en profondeur. Et cela par opposition aux psychothérapies plus élaborées dites « découvrautes », dont la psychothérapie analytique en est l'exemple, qui permettent de réels remaniements dans l'économie psychique des patients et de réels changements à long terme (Guertin, 1986 ; Schmitt, 2012). Cette division rigide ne tient, cependant, pas compte de la réalité.

En 1989, Rockland a proposé de modifier le terme de psychothérapie de soutien par le terme de psychothérapie de soutien d'orientation psychodynamique, qu'il réserve en particulier aux patients borderline. Plus récemment, Weyeneth *et al.* (2004) ont fait une revue de la littérature sur la psychothérapie de soutien où ils l'envisagent, surtout d'un point de vue technique, comme une psychothérapie éclectique. Suivant leur avis, cette approche éclectique souple est nécessaire à l'adaptation du traitement au patient. Mais leur référence théorique reste en premier lieu psychodynamique. A ce propos, comme l'a évoqué Gabbard (2005, cité dans Schmitt, 2012, p.4), « plusieurs phénomènes cliniques observés chez un patient s'expliquent rarement par une seule théorie. Or, l'amélioration du patient représente un objectif bien plus important que la pureté théorique ». Cette approche éclectique, athéorique n'a, toutefois, pas été exempte de critiques.

D'autre part, les mêmes auteurs (Weyeneth *et al.* (2004) distinguent les effets non spécifiques de soutien, propres à toutes les psychothérapies, des effets spécifiques de la psychothérapie de soutien. Cette dernière se spécifie, en effet, par des stratégies et surtout par des buts, et des techniques sollicitées pour les atteindre.

Concernant les patients souffrant de dépression, cette approche psychothérapeutique (PS) a plusieurs objectifs : explorer les représentations du patient concernant sa maladie ; aider celui-ci à la tolérer et l'accepter ; appréhender les possibles origines de l'épisode dépressif ; donner au patient un espace dans lequel il pourra s'exprimer et se confier sans qu'il soit jugé, etc. La conduite de la psychothérapie de soutien pour ce genre de cas passe par trois étapes principales : éducation sur la maladie (ou psycho-éducation) ; biographie et personnalité, éléments de stress et facteurs précipitants ; accompagnement du patient jusqu'à la rémission « soigner le moi ou renforcer positivement le patient ». Le rythme des consultations et la durée de la prise en charge ne sont pas préétablis, et sont fonction de la sévérité du trouble et de la demande (Schmitt,

2012, pp.91-98). L'élément central dans cette psychothérapie de soutien de la dépression demeure la qualité de l'attitude du thérapeute envers son patient qui doit être empathique, bienveillante, stable et flexible. Grâce au travail psychothérapeutique ainsi réalisé, le patient sort avec un gain de compréhension sur sa situation, sur lui-même et parfois de maturité.

5. Illustration clinique: cas de Samia

Au préalable, nous tenons à préciser que Mme S. fait partie des premiers cas que nous avons pris en charge au sein d'un établissement public de santé de proximité (une polyclinique) de notre région et qui nous ont profondément marquée. À cette période-là, un seul psychologue clinicien assurait le suivi de tous les patients orientés vers ce bureau de psychologie ou venant d'eux-mêmes. Nous étions donc au début de notre pratique clinique, livrée à notre savoir théorique, sans aucun accompagnement professionnel (supervision ou intervision).

5.1. Renseignements préliminaires et motif de consultation

Mme Samia âgée de 38 ans souffre d'un trouble dépressif. Elle est mère de trois enfants (2G/1F), en instance de divorce. Elle nous a été orientée par son médecin traitant pour une prise en charge psychologique quelques mois après sa rechute, précisant que mise à part l'atténuation de certains symptômes, aucune amélioration psychique significative n'a été constatée. Ajoutons à cela que Mme S. a aussi fait une fugue quelque temps après sa sortie de l'hôpital psychiatrique. Elle se trouvait pendant cette période-là chez ses parents, car son mari ne voulait plus d'elle et avait pris la décision de divorcer. Suite à cet incident, les parents ont décidé de l'enfermer chez-eux jusqu'à ce que le médecin traitant leur recommande de l'emmener voir un psychologue.

5.2. Quelques données anamnestiques

Mme Samia est née à Bejaia, elle est l'aînée d'une fratrie de huit enfants (4G/4F). Elle décrivait sa mère comme une femme distante et peu compréhensive, et son père comme un homme un peu froid. Elle a rajouté que sa mère n'était pas une personne juste et équitable dans ses rapports avec ses enfants notamment avec ses filles, ce qui a beaucoup affecté son estime d'elle-même.

D'après sa mère, elle a eu un développement normal et n'a présenté aucun problème de santé particulier. C'était une fille assez sociable, mais qui manifestait parfois des sautes d'humeur. Son rendement scolaire était juste moyen, elle a d'ailleurs arrêté ses études à la 6^{ème} année primaire, puis s'est inscrite pour une formation en couture au niveau d'un centre de formation professionnelle de sa région. Sur le plan familial, elle ne nous a signalé aucun antécédent psychiatrique.

Psychothérapie de soutien et dépression chez la femme: illustration à partir d'un cas clinique

Durant son enfance, Mme S. nous a affirmé que la seule personne qui l'a positivement marquée était sa grand-mère paternelle. Celle-ci était proche d'elle et a pu par sa présence chaleureuse à ses côtés combler certaines carences en elle. Arrivée à l'adolescence, ses relations avec les autres s'avéraient limitées, notamment avec l'autre sexe, justifiant qu'elle était timide, n'ayant pas assez confiance en elle. D'ailleurs, ce n'était que beaucoup plus tard et grâce surtout à l'aide de son conjoint qu'elle est arrivée à vaincre un peu sa timidité et ses difficultés liées aux situations sociales.

À l'âge de 20ans, elle se marie par le biais d'une connaissance de sa famille. Son mari est de niveau universitaire, vétérinaire de profession. Il est l'enfant unique, son père est décédé alors qu'il était encore petit. Elle le décrivait aussi comme quelqu'un qui est toujours resté sous l'emprise de sa mère. Le couple vivait avec la belle-mère comme le dicte la tradition vu qu'il était le fils unique. Cependant, après quelques années de vie commune, des conflits de plus en plus intenses s'étaient mis à caractériser la relation entre les deux femmes (belle-mère et belle-fille).

Mme S. a rapporté qu'elle avait déjà présenté deux épisodes dépressifs. Elle a précisé que le premier épisode est survenu juste après une fausse-couche, tout en signalant que son mari était parti à ce moment-là en mission la laissant seul face à son chagrin. Comme son état s'est aggravé, une hospitalisation est devenue nécessaire. Puis, un traitement médicamenteux lui a été prescrit pour une durée de six mois. D'ailleurs, elle a dû rester une année chez ses parents pour pouvoir récupérer. Elle a précisé que c'était au cours de cette dure épreuve qu'elle s'était rendue compte de sa fragilité narcissique (faible estime de soi, forte dépendance des autres) et qu'elle avait compris les raisons de certaines de ses attitudes envers ses enfants, notamment en ce qui se rattachait à leurs études, elle souhaitait surtout qu'ils soient instruits et indépendants contrairement à elle. Quelques années après, elle rechute suite à des conflits intenses avec la belle-mère.

Quant à ce dernier épisode dépressif, celui-ci est survenu pendant qu'elle s'occupait de cette dernière en raison de sa maladie (un accident vasculaire cérébral) et avait, dès lors, une grande charge de travail à assumer. Cette situation a généré en elle un stress important qu'elle a relié surtout au retour de certains souvenirs douloureux se rapportant à sa grand-mère paternelle. Sa relation de couple a également été impactée (absence de rapports intimes pendant six mois) conduisant à une rupture conjugale. Cette fois-ci encore, cinq ans après le second épisode traversé, son état a nécessité une hospitalisation pour une durée d'un mois. A sa sortie de l'hôpital, Mme S. était surprise par l'attitude de son mari, qui l'avait emmenée directement chez ses parents, car celui-ci avait déjà pris la décision de divorcer. Quelques temps après cette mauvaise nouvelle, elle fait une

fugue dans le but, selon ses propos, de rejoindre ses enfants. Cela a malheureusement obligé les parents à l'enfermer chez-eux.

En s'installant de nouveau chez ses parents, Mme S. se sentait déstabilisée, du fait, d'une part, de la rupture du lien avec sa petite famille à une période difficile et, d'autre part, de la vie nouvelle qu'elle anticipait mal avec ses parents, Elle nous a avoué d'un ton très inquiet que sa belle mère a juré qu'elle ne reprendrait avec son mari qu'au cas où elle mourrait. Elle s'est plainte ensuite d'un manque de compréhension de la part de sa sœur pour laquelle elle a toujours éprouvé des sentiments de jalousie. Elle est son aînée de trois ans et a précisé que sa mère l'avait toujours privilégiée par rapport aux autres, notamment au fait qu'elle avait bien réussi dans ses études et occupe actuellement un bon poste de travail.

En effet, les attitudes défavorables de l'entourage familial à égard de notre patiente (manque de confiance en elle, manque de compréhension, interdiction de contacter ses enfants, tentative de la faire remarier à un vieux..) sont parmi les facteurs importants qui ont fait obstacle à l'amélioration de son état psychique. Sa mère n'hésitait pas d'ailleurs lors d'une séance à se plaindre de la paresse de sa fille, ne l'aidant pas dans les tâches ménagères. Mme S. nous a aussi affirmé qu'à une certaine période, quand ses parents sortaient pour faire les courses, ils fermaient la porte de la maison à clé de peur qu'elle ne s'enfuie, comme ils fermaient aussi la porte de la cuisine à cause de ses envies parfois irrésistibles de manger, ce qui accentuait son angoisse. Dans ce climat familial assez tendu, il lui arrivait parfois de penser à fuguer de nouveau, voire même à mettre fin à sa vie. Elle nous a avoué qu'elle avait déjà abusé de médicaments lors d'un accès de colère, en justifiant cet acte par un besoin de sommeil et de repos, sans que les membres de sa famille s'en rendent compte. Néanmoins, depuis cet incident, elle tente de se raisonner en pensant surtout à ses enfants.

5.3. Description clinique, évaluation et hypothèse diagnostique

Lors des rendez-vous programmés (à raison d'une fois /semaine), Mme S. était toujours accompagnée par sa mère. Et dès les premières rencontres avec elle, nous étions d'emblée frappée par son manque d'intérêt pour son apparence physique et sa mimique neutre. D'autre part, Mme S. était motivée et coopérante, et ce, en dépit de ses absences parfois répétées aux rendez-vous dues le plus souvent au manque de disponibilité des parents. Elle était également assez communicative durant les entretiens, son aisance dans l'échange verbal était patente.

Elle nous a affirmé au tout début qu'elle avait toujours souhaité consulter chez un psychologue pour l'aider à surmonter ses difficultés, surtout en l'absence

Psychothérapie de soutien et dépression chez la femme: illustration à partir d'un cas clinique

d'un support familial. Cependant, comme ses parents ne voyaient pas l'intérêt de cette prise en charge, elle est restée tout au long de cette période livrée à elle-même.

Concernant les deux épisodes dépressifs précédents, les symptômes les plus gênants, selon ses propos, étaient surtout la perte d'intérêt et de plaisir. Mais d'autres manifestations telles qu'une communication réduite avec les autres, une humeur dysphorique, des troubles de sommeil et d'appétit ont été aussi signalées par ses parents pendant les séances qui leur ont été consacrées. Durant ce troisième épisode, elle s'est également plainte de la présence de certains symptômes somatiques (insomnie, augmentation de l'appétit) et cognitifs (troubles de la concentration et de la mémoire) et de sa difficulté à maintenir les activités quotidiennes, se sentant souvent fatiguée et dépourvue d'énergie. Ce ralentissement psychique a été, en effet, constaté lors des entretiens à travers sa difficulté à évoquer certains événements et/ou à fournir les détails demandés. Sa mère a en outre rapporté qu'elle était devenue très irritable au point qu'il lui arrivait même parfois de faire des accès de colère. Toutefois, un intérêt important pour la lecture (le Coran en particulier) a été également constaté.

Pendant cette période-là, Mme S. consultait chez un psychiatre (exerçant dans le secteur privé), mais, selon ses propos, le traitement de celui-ci n'était suffisamment pas efficace. Le problème de Mme Samia a donc déjà été diagnostiqué par son médecin traitant, au niveau symptomatique suivant son cadre nosographique de référence, révélant une dépression sévère nécessitant une hospitalisation, puis un traitement médicamenteux adapté lui a été prescrit (traitement antidépresseur).

En effet, les données que nous avons pu recueillir (précédemment présentées de façon succincte), à partir des premiers entretiens effectués et de nos observations, confirment ce diagnostic psychiatrique. Et afin de compléter celui-ci, nous avons procédé à l'évaluation du fonctionnement psychique de notre patiente pour définir ses particularités. Précisons que dans l'approche psychodynamique dont nous nous inspirons, qui se centre davantage sur le monde interne de l'individu, conçoit le symptôme comme un phénomène psychique complexe et cherche à situer ses singularités, l'étude d'un cas doit passer par une analyse des processus psychiques (organisation psychique (types d'angoisse, de conflits, de relation d'objet, de mécanismes de défense...), processus de pensée, fantasmatisation, rapport à la réalité, rapport à l'Œdipe, etc.) et de la subjectivité (vécu de la maladie, analyse des symptômes, etc.). Ce travail permet en fait de mieux comprendre la pathologie du sujet et lui offrir, par conséquent, la prise en charge la plus adéquate possible.

Certains indices ont été repérés durant les entretiens et à travers l'observation, mais le recours aux tests projectifs, par la qualité particulière du matériel, était susceptible d'apporter des informations fines et complémentaires sur le fonctionnement psychique de notre patiente. Et c'était bien la raison pour laquelle nous les lui avons proposés.

Dans la pratique clinique, les deux épreuves projectives les plus utilisées et connues pour leur complémentarité sont le Rorschach et le T.A.T. (*Thematic Apperception Test*). La confrontation de ces deux épreuves permet un affinement considérable de l'évaluation diagnostique d'un sujet. Le Rorschach peut être considéré comme une épreuve identitaire, épreuve des limites permettant d'éprouver la solidité des processus d'individuation et la constitution de frontières suffisantes entre dedans et dehors. Quant au T.A.T., il offre en apparence davantage de sollicitations relationnelles par la facture même des images qui y sont proposées. Vica Shentoub et Rosine Debray ont bien montré la référence itérative du T.A.T. au conflit œdipien, qui vient d'emblée mettre à l'épreuve les processus identificatoires, mais les effets de ce matériel dans la réactivation de problématiques dépressives et narcissiques sont également connus: les travaux de F.Brelet-Foulard, en particulier, illustrent subtilement l'analyse de ces fonctionnements (Chabert, 2001, pp.61-62).

Lors de l'application de ces épreuves, nous avons proposé à notre patiente, en premier lieu, le Rorschach, mais celui-ci a été rejeté. Puis, un peu plus tard, nous avons tenté de lui administrer le T.A.T. qu'elle a relativement accepté. L'attitude de Mme durant la passation était marquée par un certain désintéret vis-à-vis de la situation, un changement significatif qui n'était pas sans impact sur sa production comme nous le verrons ci-après.

Les résultats saillants du T.A.T. peuvent se résumer dans les points suivants:

* **Les histoires sont courtes** et peu élaborées avec une participation retenue qui limite la fantaisie. L'expression des affects est parfois massive, à tonalité dépressive, sans parvenir à les moduler.

* **Les procédés de discours dominants** appartiennent au registre de l'évitement du conflit (C), en particulier à ceux de l'inhibition (CI), puis à ceux relevant de l'investissement narcissique (CN) et de la réalité externe (CF), alors que les procédés qui rendent compte de mécanismes défensifs plus structurants (comme par exemple l'accent porté sur le conflit intrapsychique (A2) ou la dramatisation (B2)) sont peu représentés. Outre ces conduites de contenance, nous notons parfois une précarité des limites entre dehors et dedans ou des irruptions projectives effractant les frontières (E1-1, E1-2, E2-3...). Cette configuration défensive révèle la fragilité dans l'activité de représentation et de la scène

Psychothérapie de soutien et dépression chez la femme: illustration à partir d'un cas clinique

psychique. Elle montre également les tentatives du sujet pour mettre à distance les contenus pulsionnels et les affects suscités, en particulier face à certaines planches, mais les moyens déployés ne semblent pas toujours efficaces. Le sujet paraît en état de vacillement, révélant ainsi la porosité de ses enveloppes internes. Il est important de souligner, par ailleurs, un contraste patent au niveau des procédés, entre l'utilisation relativement importante de certains procédés (de la série B) et la masse des facteurs d'inhibition qui viennent souvent empêcher l'expression relationnelle et pulsionnelle. Dans la série A (Référence à la réalité externe), ce sont surtout les procédés moins spécifiques (A3-1), ne renvoyant pas à un aménagement névrotique du conflit qui sont les plus utilisés. Dans la série B (Investissement de la relation), malgré une entrée souvent directe dans l'expression et parfois un début de conflictualisation interpersonnelle (B1-1, B1-2, B1-3, B2-1), ce travail est vite interrompu laissant dans le vague les mobiles des actes ou sans que le conflit, à peine amorcé entre les protagonistes, soit traité.

*** Concernant la problématique:**

Au niveau identitaire: les personnages sont différenciés les uns des autres dans la quasi-totalité des histoires racontées, mais l'accès à l'ambivalence paraît, par ailleurs, difficile. Ainsi, face aux planches (3BM, 12 BG, 13B) qui permettent plus particulièrement d'étudier l'abord de la position dépressive, notre patiente exprime au début des affects dépressifs forts liés à une représentation de perte, mais sans que cela soit accompagné d'une possibilité de dégagement (pl.3BM: «*quelqu'un de désespéré...peut être c'est un orphelin... quelqu'un de perdu...de malheureux...*»). Ensuite, elle évite l'évocation de la situation de perte en associant ces affects à une problématique de dénuement (pl.13B:« *je crois que c'est un pauvre, mesquine (...) je crois qu'ils sont malheureux (...) ils sont pauvres* »). Soulignons que dans les deux cas, des sentiments d'infériorité et/ou de dévalorisation étaient également présents. Il arrive encore que le discours soit marqué par la restriction et la fuite, donnant lieu à une histoire très banale dépourvue de toute résonance fantasmatique (pl.12BG). Ces éléments révèlent la difficulté patente des processus de liaison. À la dernière planche (16/ sans support imagé), le récit rend compte du recours à des affects de circonstances et à des éléments surmoïques communément admis, tout en évoquant le besoin d'une relation de proximité avec l'objet accompagné d'un désir de restauration narcissique. Les relations archaïques à l'image maternelle, telles qu'elles transparaissent à travers les histoires apportées à certaines planches (7GF, 11, 13B, 19) sont précaires, insatisfaisantes et non sécurisantes (pl.7GF: « *(...)elle ne regarde pas sa mère...comme si elle ne l'aime pas (...)*»/ pl.11: «*la guerre des dragons, la nature en colère*» /pl.13B: « *(...)une maison ancienne, d'obscurité*

(...)»/pl.19: «*la neige, tout est rempli de neige (...)*»). Tous ces éléments montrent, dans une certaine mesure, la fragilité des assises narcissiques de la personnalité de notre patiente.

Au niveau identificatoire: les identifications sexuelles ne paraissent pas également bien établies: les personnages sont différenciés sexuellement, mais sans qu'ils soient souvent mis en rapport entre eux (surtout aux pl.2, 6GF, 9GF). La confrontation à la différence des sexes et au conflit pulsionnel, d'où émerge l'angoisse de castration, semble insupportable, comme cela s'observe à certaines planches (pl.2, 4, 6GF, 8BM, 9GF, 10). Dès lors, des stratégies défensives différentes et parfois primitives sont utilisées pour l'éviter: soit par scotome du personnage tiers, une relation triangulaire cède alors la place à une relation duelle (pl.2), soit par un recours à une forme de clivage où les personnages sont perçus comme tout bons ou tout mauvais avec oscillation entre des états affectifs opposés sans compromis possible (pl.4), soit par un surinvestissement du corps et de l'apparence (6GF) ou par l'évocation d'une relation spéculaire tout en mettant l'accent sur le quotidien, sans aucune possibilité de conflictualisation entre les personnages (9GF). De plus, les mouvements libidinaux et agressifs sont peu exprimés ou complètement réprimés. Et c'est l'un des mouvements qui est le plus souvent mis en avant (notamment le versant agressif). Les possibilités de liaison entre ces deux mouvements sont peu développées, l'accès à l'ambivalence dans la relation nous paraît ainsi difficile. En outre, il nous semble, compte tenu de quelques indices, que le surmoi n'est pas suffisamment intériorisé, les affects de remords et de culpabilité sont absents, comme nous repérerons à certaines planches (pl. 6GF, 10) une réactivation de fantasmes incestueux (père-fille/père-fils) apparaissant en filigrane ou de manière explicite. Ceci montre, en effet, que le conflit œdipien n'est pas structurant.

D'autre part, au cours de ce suivi, la relation psychologue-patiente a connu certaines difficultés. Du côté du thérapeute, ceci est dû, entre autres, à la présence d'événements de vie en commun, la conduisant, à certains moments, à une forte implication dans la situation du sujet, mais celle-ci a pu se reprendre par la suite, sans pour autant aller vers une attitude distante. Du côté de la patiente, vu qu'elle manquait de support affectif, elle manifestait dès les premiers temps de la prise en charge un attachement intense à l'égard du thérapeute n'hésitant pas à exprimer son besoin d'un appui pour faire face à ses problèmes, tout en multipliant les demandes d'aide d'ordre matériel. Malgré les informations apportées sur les fonctions du psychologue, tout en tenant à ne pas la blesser, elle persévérerait dans ce comportement. Ces éléments mobilisés (émotions, sentiments, pensées) et repérés chez l'un comme chez l'autre ont permis plus tard, avec le recul et la réflexion, une meilleure compréhension des problèmes de notre patiente.

Psychothérapie de soutien et dépression chez la femme: illustration à partir d'un cas clinique

En résumé, la grande difficulté à élaborer la position dépressive repérée notamment à certaines planches du T.A.T. et ses conséquences (précarité de la liaison pulsionnelle, manque de représentations internes stables et rassurantes, moyens défensifs hétérogènes...) qui s'articule au besoin d'étayage sur le psychologue, montrent clairement les failles narcissiques du fonctionnement psychique de notre patiente.

Compte tenu de l'ensemble des résultats obtenus, à partir des outils utilisés (entretien, observation, test projectif), nous avons émis l'hypothèse d'une dépression survenant sur un état limite.

5.4. Intervention et résultats

La confrontation entre les conduites cliniquement perceptibles (entretiens / observations) chez Mme Samia et son discours associatif (T.A.T.), a montré une certaine concordance entre les données obtenues. Ce travail de liaison est indispensable, puisqu'il permet de rétablir l'unité de la personne. Ainsi, nous sommes parvenue à identifier les besoins de notre patiente (sur les plans affectif, social et psycho éducatif) et certains axes de force et de faiblesse de son fonctionnement psychique. Cela nous a permis de définir ensuite les stratégies de soutien les plus adaptées à son cas et à son contexte de vie.

Le travail psychothérapeutique de Mme S. s'est étalé sur une période dépassant une année, en voici le compte rendu.

Selon certains cliniciens (Sacks, 2002, cité dans Smichtt, 2012), les ingrédients communs et non spécifiques de la psychothérapie de soutien sont fondés sur l'empathie, l'écoute attentive, l'expression des émotions, une vision optimiste de l'avenir et des encouragements réguliers. Alors, nous avons tenu au préalable à offrir à notre patiente un cadre stable (espace, rythme des séances, durée) et chaleureux lui permettant de se sentir en sécurité et en confiance. Nous avons également tenté à travers notre attitude (écoute attentive, empathie, compassion) de lui faciliter la verbalisation (émotions, des ressentis enfouis...) loin de tout jugement, sachant que Mme S. était séquestrée chez elle pendant des mois, livrée à elle-même et à sa souffrance.

La collaboration de notre patiente étant facilement obtenue, nous avons consacré les premiers temps de la prise en charge à l'écouter avec attention au sujet de sa maladie et de son vécu du traitement thérapeutique, afin d'atténuer la charge anxieuse très présente chez elle. Nous lui avons apporté en premier lieu des explications brèves sur le traitement médical pour éviter un arrêt intempestif, ensuite, nous l'avons rassurée par rapport à la curabilité de sa maladie, car elle paraissait très préoccupée au sujet de cette question. Et ce, en lui précisant que certains moyens sont déjà à sa disposition si elle veut guérir dans le but de

l'encourager à reprendre les choses en main comme elle le souhaitait: *«j'étais toute sa vie dépendante et même infériorisée, je veux maintenant reprendre ma vie en main...»*.

Nous sommes revenue également à la question des origines du trouble auquel Mme S. attribuait une cause externe (notamment aux pressions de la part de la belle-famille). Nos interventions l'ont amenée progressivement à élargir sa vision de la cause de sa souffrance et à mieux la comprendre, et cela en établissant progressivement des liens entre les situations anciennes, les événements de vie récents et ses difficultés psychiques. Ce travail lui a permis également de mettre en perspective les situations problématiques pour pouvoir mieux agir par la suite.

En nous appuyant sur l'ensemble des données recueillies, nous avons défini des stratégies d'intervention visant les trois aspects (émotionnel, cognitif, social) du fonctionnement psychologique de notre patiente, et ce, afin d'améliorer sa qualité de vie et son bien-être. Les objectifs de ces interventions étaient de développer certaines ressources psychologiques chez cette dernière (optimisme, confiance en soi, contrôle personnel...) pour qu'elle puisse affronter ses difficultés et leur trouver des solutions adéquates au lieu de les éviter. Ces objectifs étaient partagés avec elle, mais aussi avec ses parents car leur soutien était nécessaire.

Au niveau émotionnel, comme tous les patients dépressifs, Mme S. souffrait de difficultés à réguler ses émotions. De ce fait, nous l'avons incitée à s'investir davantage dans les activités divertissantes et signifiantes pour favoriser l'optimisme chez elle et l'aider ainsi à faire face aux événements négatifs qu'elle vivait. Ses sorties étant limitées, les seules activités qu'elle pouvait pratiquer étaient l'écriture et la lecture (les romans, les journaux, le Coran). Comme elle était douée pour l'écriture, nous lui avons demandé de noter sur un carnet tout ce qui la préoccupait au cours de la semaine (comment elle vivait les situations et y réagissait) et aussi toutes les bonnes choses qui lui sont arrivées. Puis, en début de chaque séance, nous discutons au sujet des éléments décrits en vue de l'éclairer non seulement sur ses difficultés et lui montrer les aspects contradictoires de ses conduites, mais aussi de l'aider à repérer les points positifs et de l'encourager à poursuivre cette activité. Nous l'avons aussi encouragée à s'inscrire à une bibliothèque de sa région pour l'emprunt des livres et lui avons conseillé certaines lectures pouvant avoir des effets positifs sur son état psychique. En l'absence de ressources financières, nous lui avons apporté une aide modeste, de façon indirecte, par le biais d'une assistante sociale exerçant au sein de l'hôpital, à chaque fois qu'elle exprimait le besoin. Ceci a été fait bien évidemment quelques mois après le début de son suivi, tout en préservant le caractère secret de l'action.

Psychothérapie de soutien et dépression chez la femme: illustration à partir d'un cas clinique

Au niveau cognitif, parallèlement au travail sur la régulation émotionnelle, nous avons incité notre patiente à s'auto-observer et à identifier ses distorsions cognitives (ex: «à quoi sert que je reste en vie, j'ai tout perdu, mon mari, mes enfants(...)mes enfants me détestent à cause de ma belle-mère, c'est elle qui les a détournés de moi...»; «j'ai peur d'exploser, de finir mal»; «personne ne veut de moi., je suis la boniche de mes parents, de mes sœurs, elles sont bien casées, je n'ai pas de chance...») et à les remplacer progressivement par des idées positives permettant de reprendre le contrôle sur les choses et de renforcer l'estime d'elle-même. Comme nous l'avons également encouragée à prendre des initiatives pour régler certaines situations restées en suspens (reprendre contact avec ses enfants, essayer de leur faire comprendre sa maladie et ses impacts sur son comportement envers eux), qui sont l'une des causes de son désespoir, et cela tout en lui assurant notre soutien et notre aide.

Au niveau social, les relations de Mme S. avec sa famille étaient marquées par de l'incompréhension. Ses parents ont été convoqués à plusieurs reprises, mais ils semblaient très résistants à nos propositions. Ce n'était que vers les derniers mois de son suivi que leur attitude à l'égard de leur fille s'est légèrement assouplie (ils l'autorisaient à recevoir les appels de ses enfants, à recevoir ces derniers chez eux, ils lui cherchaient un petit travail, etc.) de peur que son état ne se complique. Une fois que ces contraintes extérieures relativement dégagées, Mme S. décide d'entreprendre deux actions qui vont apporter des changements positifs dans sa vie. La première consiste à écrire une lettre au rédacteur en chef d'un journal pour publier un article où elle relatait une partie de son histoire. Celui-ci a été accepté et publié, et elle a eu des commentaires intéressants de la part des lecteurs. La seconde concerne ses enfants, elle a dû être très patiente et tenace pour arriver à ses fins (prendre contact avec les enfants des voisins pour demander des nouvelles de ses enfants, leur envoyer des lettres, écrire à son ex-mari, leur demander pardon...). Quelques mois après l'interruption de sa psychothérapie, sans avertissement préalable, Mme S. a remis une lettre à une collègue dans laquelle elle nous a informée qu'elle avait repris avec son ex-mari et qu'elle était enfin entourée de ses enfants. En guise de remerciement, elle nous a offert un poème.

Au final, ce travail psychothérapeutique basé sur les piliers inhérents à la psychothérapie de soutien, à savoir une alliance thérapeutique, une évaluation du fonctionnement psychique de la patiente pour repérer et sonder ses failles et des objectifs partagés, modestes et réalistes, a permis d'aboutir à des résultats relativement satisfaisants, qui sont aussi à mettre en lien avec les effets du traitement médicamenteux. Sur le plan émotionnel, l'anxiété a diminué, se traduisant plus particulièrement par une amélioration du sommeil et de

l'alimentation de notre patiente. Le sentiment de désespoir des premiers temps a cédé petit à petit la place au sentiment d'optimisme grâce à notre soutien, certes, mais aussi aux changements introduits dans son milieu environnant (reprise de contact avec ses enfants, des appels téléphoniques de leur part et des visites parfois chez ses parents, fréquentation d'une bibliothèque municipale, écriture d'articles, etc.), pour lesquels elle a déployé beaucoup d'efforts pour y arriver. Notons que cette anticipation positive de l'avenir est aussi liée à une certaine restauration narcissique chez notre patiente. Au niveau cognitif, notre patiente est arrivée, au fil des consultations, à réfléchir à ses problèmes, à tenter de les comprendre au lieu de projeter la responsabilité sur les autres. Cette remise en route des processus de pensée lui a permis de trouver d'autres solutions à ses difficultés que le repli sur soi et le passage à l'acte. Sur le plan relationnel, ce travail accompli sur elle-même l'a aussi aidée à comprendre les personnes de son entourage proche, à repérer ses failles et tenter d'y remédier.

5.5. Discussion des résultats

La dépression est un trouble hétérogène reposant sur une interrelation complexe entre des facteurs biologiques et psychosociaux qui influent à la fois sur son déclenchement et sur son évolution. Concernant le cas présenté, l'analyse qualitative des données fournies tend à montrer que la dépression de Mme Samia est étroitement liée à son histoire infantile, au cumul d'évènements de vie négatifs traversés (conflits intenses avec la belle-mère, difficultés conjugales, divorce abusif, séparation d'avec ses enfants...), à sa personnalité et à la qualité de son environnement familial actuel. Ajoutons à cela l'absence de ressources financières l'obligeant à être encore dépendante de ses parents.

Plusieurs études ont permis de constater que certaines formes de dépression sont d'origine surtout sociale. Sachant que certaines parmi ces études mettent l'accent sur la qualité des rapports interpersonnels ou des liens avec les personnes significatives de l'entourage (Brown et Harris, 1978, 1989; Brown, 1995; Lemyre, 1989; Roustit *et al.*, 2008, etc.), sans que ce facteur soit certainement le seul concerné dans le développement de ces formes de psychopathologie. Il est à préciser que certains chercheurs insistent de plus sur l'intérêt d'une évaluation contextuelle des événements de vie (circonstances entourant l'événement et historique biographique), car, dans le cas inverse, ces derniers perdent leur pouvoir explicatif dans l'incidence du trouble. Ainsi, la vulnérabilité à la dépression chez notre patiente ne peut être comprise qu'à la lumière des différents paramètres (internes et externes), sus cités, dans leurs interactions complexes et spécifiques.

Psychothérapie de soutien et dépression chez la femme: illustration à partir d'un cas clinique

D'autre part, certaines recherches ont montré que le degré de vulnérabilité d'une personne est à considérer dans sa complémentarité avec ce qui relève de la résilience et non comme opposable. De cette façon, l'interaction entre les facteurs de risque et les facteurs de protection, dans un contexte donné, pourra conduire vers la résilience ou vers la vulnérabilité. En effet, dans la perspective psychodynamique (Anaut, 2005; De Tychev, 2001, etc.), on considère qu'il n'y a résilience ou vulnérabilité que dans la rencontre avec des circonstances potentiellement traumatiques (séparations, perte d'un être cher...). Mais de même une accumulation d'événements aversifs ou de carences graves répétées peuvent revêtir un caractère traumatique. Il a également été souligné que le retentissement affectif de ce type de situations dépend de nombreuses variables internes et externes, plus particulièrement de la perception du sujet, de ses capacités défensives et d'élaboration mentale.

À ce propos, les quelques éléments biographiques rapportés par notre patiente montrent réellement les impacts des conditions environnementales et interactionnelles subis ainsi que le poids des événements de vie traversés depuis quelques années. Ces facteurs constituent des points de vulnérabilité à la dépression chez notre patiente. Ajoutons à cela les effets des antécédents d'épisodes antérieurs vécus et la concomitance de l'anxiété.

Le souci de définir les modalités de fonctionnement psychique qui sous-tendent les symptômes dépressifs de Mme S., nous a amenée à recourir aux épreuves projectives. L'analyse des données du T.A.T. (sachant que le Rorschach a été rejeté) a révélé le caractère fragile des opérations d'intériorisation qui s'est traduit par la prédominance des procédés d'évitement du conflit. Les objets internes semblent en effet insatisfaisants, ce qui pourrait expliquer cet attachement à la réalité concrète du matériel et cette carence au niveau de la liaison pulsionnelle. La représentation de perte d'objet paraît ainsi insupportable. L'accès à la triangulation œdipienne et la reconnaissance de l'angoisse de castration semblent également difficiles, entraînant une insuffisance dans l'établissement des digues psychiques. L'ensemble des éléments obtenus (comportement- discours de la patiente-fonctionnement psychique) nous a permis d'émettre l'hypothèse d'une dépression sur un fond d'aménagement limite.

Plusieurs études (Renaud, 2007; Widiger et Trull, 1993, cités dans Pellet, 2004, etc.) ont déjà appuyé la relation entre dépression et états-limites. Dans le champ psychanalytique, Bergeret (1976) emploie le terme de «dépressivité» pour qualifier la grande menace qui guette le sujet avec un aménagement limite. Pour les projectivistes (Chabert, 1992, 1999, 2017; De Tychev, 2009; Dollander et De Tychev, 2002, etc.), les états ou les moments dépressifs viennent toujours montrer, à travers le matériel proposé, la difficulté transitoire ou plus

fondamentale à lier l'affect de souffrance à une ou à des représentations de perte, donc à élaborer la position dépressive. L'absence d'assises narcissiques solides chez la personne limite l'incite à rechercher à l'extérieur un autre idéalisé qui la soutient et la valorise. Plus l'objet est investi narcissiquement, plus il est idéalisé et plus le deuil ou la séparation sera difficile à élaborer lors d'une perte (Bergeret, 2004). Autrement dit, la personnalité limite prédispose aux affects dépressifs intenses, ses déficits se révèlent particulièrement lors des contextes de séparation et de deuil, tel est le cas chez Mme S. Ces contextes réactivent, en effet, des frustrations anciennes infantiles significatives.

En raison de cette fragilité des assises narcissiques et du manque d'un bon objet interne, le sujet limite montre une forte sensibilité dans ses relations interpersonnelles, une instabilité des attitudes, des difficultés à maîtriser son agressivité, ce qui explique les passages à l'acte inattendus, etc.

Il est important de souligner, par ailleurs, toujours à partir du T.A.T., que le fonctionnement de Mme S. se caractérisait par une faible capacité de mentalisation (histoires restrictives, expression fantasmatique très réduite, difficulté à tolérer, voire à traiter les affects, difficulté à mettre en scène les conflits intrapsychiques ou interpersonnels et à les élaborer, etc.). La nature de la mentalisation chez les personnes adultes dépressives à partir des projectifs plus particulièrement a été peu étudiée, il serait pertinent d'explorer davantage ce lien. Rappelons que des constats cliniques ont déjà bien montré la difficulté qu'éprouvent les patients dépressifs et les personnalités limites à tolérer et à traiter certaines expériences émotionnelles, et aussi à guérir quand leurs capacités d'élaboration mentale sont précaires. D'où l'importance de ce concept et de ses applications cliniques.

En somme, cette investigation nous a permis de mieux situer les problèmes de Mme S. et d'évaluer la qualité de l'usage de ses moyens défensifs, notamment face aux situations difficiles qu'elle rencontre. Ceci nous a amenée ensuite à mettre en place des stratégies de soutien adaptées en fonction de ses besoins et des circonstances actuelles qu'elle traverse, visant essentiellement à la renforcer et à la soutenir, sans pour autant rechercher des changements profonds.

Nous tenons également à préciser que la plupart des chercheurs et des praticiens (Anaut, 2003, 2005; Lemay, 1999; etc.) s'accordent pour considérer que tous les sujets disposent de ressources résilientes latentes. En partant de cette hypothèse, il est tout à fait permis d'envisager des procédures d'aide dans le but de les stimuler et de favoriser l'émergence d'attitudes positives.

La prise en charge de Mme S. a associé une psychothérapie de soutien à une psychopharmacothérapie, car dans son cas (épisode dépressif sévère), cela s'avère plus efficace. Rappelons qu'il s'agit du troisième épisode dépressif qu'elle vit.

Psychothérapie de soutien et dépression chez la femme: illustration à partir d'un cas clinique

Cette psychothérapie a pris plus d'une année, compte tenu de la situation de notre patiente (risque accru de récurrence) et des obstacles rencontrés. La fréquence des séances était d'une fois par semaine (1 séance d'1h.), mais ce rythme n'a pas souvent été respecté. Il est aussi à rappeler que Mme S. a toujours été accompagnée par sa mère (par peur qu'elle refasse une fugue, peur du qu'en dira-t-on...), et que cette dernière n'a pas manifesté une bonne implication dans la prise en charge de sa fille.

Dans cette psychothérapie de soutien utilisée, nous avons eu recours à certaines techniques de provenances diverses (psychanalyse, psychologie cognitive et comportementale, psychologie positive), faciles à mettre en œuvre et pouvant être efficaces pour résoudre les problèmes de notre patiente. Notre objectif principal était de stabiliser et de renforcer certaines fonctions psychiques chez cette dernière (voir les symptômes résiduels: anxiété, irritabilité, problèmes interpersonnels...), et de permettre un changement adaptatif. Ainsi, nous avons tenu au début à faciliter l'expression des émotions chez elle, à les apaiser et aussi à les nommer. Comme nous avons fait de manière à l'aider à donner sens à son expérience, tout en évitant d'évoquer un matériel susceptible de la perturber. Vu son authentique désir de changer et l'intérêt constant que nous lui avons manifesté, Mme S. s'est facilement impliquée dans le travail psychothérapeutique. À partir de là, des stratégies permettant d'améliorer sa symptomatologie dépressive lui ont été proposées. En plus de cela, un travail de recadrage cognitif était nécessaire pour lui faciliter l'usage de ces stratégies. Celles-ci ont été appliquées sur le long terme, grâce à nos encouragements.

Néanmoins, au cours de ce travail, notre patiente a connu certains moments difficiles (présence parfois d'idées suicidaires), eu égard surtout aux obstacles rencontrés (sorties limitées, pas de contact avec ses enfants, pas d'amis, manque d'activités de loisir...). De ce fait, notre attitude est devenue par la suite plus active à l'égard de ses parents en particulier, qui ont montré une forte résistance vis-à-vis de nos propositions. Mais sous l'effet d'insistance, ils ont fini par en accepter quelques-unes (comme recevoir les appels de ses enfants, la faire sortir de temps à autre...). Certaines contraintes étant levées, Mme S. se relève remarquablement et persévère dans ses efforts pour rétablir les relations sociales significatives pour elle (avec ses enfants, avec son ex. mari.), et décide de faire connaître son histoire aux autres, de partager ses maux. Après quelques mois de suivi psychologique, elle reprend un peu plus confiance en elle, se lance de nouveaux défis et arrive malgré maintes entraves à les atteindre. Elle continue, toutefois, à prendre son traitement médicamenteux, mais à des doses relativement faibles, et ce, afin d'empêcher la survenue d'une récurrence. L'efficacité de cette prise en charge à long terme reste certainement à vérifier...

Tout au long de son parcours semé d'embûches, nous avons tenu à la sécuriser, à travers notre disponibilité et notre attitude bienveillante et empathique, d'autant plus qu'elle souffrait beaucoup de problèmes relationnels. La présence d'éléments personnels communs ont permis d'établir une bonne alliance relationnelle, contribuant de cette façon à la bonne conduite des interventions thérapeutiques. Cependant, les impacts des éléments suscités en nous sur le processus psychothérapeutique sont certains, même quand nous saisissons quelques-uns dont l'influence y était importante.

6. CONCLUSION

La dépression constitue un objet d'intérêt pour de nombreux chercheurs en provenance de diverses disciplines. En effet, cela est dû à sa grande fréquence et sa récurrence ainsi qu'à ses différents impacts sur la vie d'un sujet. De plus, cette problématique est davantage présente chez les femmes que chez les hommes. Tous ces éléments amènent alors beaucoup d'interrogations quant à sa compréhension clinique et à sa prise en charge. Plusieurs facteurs de risque ont été identifiés chez les deux sexes, mais les chercheurs soulignent que le sexe féminin demeure le plus vulnérable à la dépression. Ce fait résulte d'une combinaison de facteurs psychologiques, biologiques, sociaux et économiques qui doivent être pris en compte non seulement dans la compréhension de cette affection chez la femme, mais aussi dans les solutions thérapeutiques à lui proposer afin d'accroître ses capacités de résilience.

Dans ce travail, en nous appuyant sur un cas clinique, nous avons montré, d'une part, le rôle de certains facteurs individuels et relationnels dans la genèse de certaines dépressions, sans pour autant négliger la contribution des autres facteurs et, d'autre part, l'intérêt d'une évaluation psychologique qui tient compte de la symptomatologie de la dépression et aussi des aspects psychodynamiques du fonctionnement psychique d'un sujet. Les résultats du T.A.T. ont révélé la fragilité des assises narcissiques et des identifications sexuelles chez notre patiente, ce qui vient corroborer, dans certains points, les données obtenues à partir de l'entretien et de l'observation. L'ensemble des éléments fournis nous ont donc permis de mieux situer et comprendre les difficultés actuelles de cette dernière (et leur récurrence), d'identifier ses ressources personnelles et sociales et de définir par la suite les objectifs de soins appropriés et réalisables.

L'approche thérapeutique adoptée a combiné une psychothérapie de soutien et un traitement médicamenteux, étant donné la sévérité de l'état de notre patiente et sa récurrence. Le choix de la psychothérapie de soutien a été réfléchi, celle-ci était non seulement facile à mettre en pratique, mais aussi la mieux adaptée au contexte de vie de notre sujet. Par ailleurs, certaines difficultés ont émaillé le

Psychothérapie de soutien et dépression chez la femme: illustration à partir d'un cas clinique

travail psychothérapeutique, aussi bien du côté du psychologue que de celui de la patiente. Du côté du psychologue, les problèmes rencontrés montrent la nécessité de la supervision pour un psychologue clinicien débutant. Et du côté de la patiente, les difficultés éprouvées révèlent non seulement ses failles interpersonnelles, mais également les effets des pressions familiales vécues. Elles montrent aussi le poids des pressions sociales subies, sachant que Mme S. vit dans un milieu rural où des tabous pèsent encore sur la situation de la femme divorcée, souffrant en plus d'un trouble mental et sans aucune ressource financière. Il est à rappeler que dans notre pays, la majorité des femmes divorcées n'ont d'autre choix que de retourner vivre chez leurs parents. Il est également difficile pour les femmes dans ce milieu rural en particulier de suivre une démarche de soins psychiatriques ou psychologiques, voire de l'initier.

La prise en charge optimale, notamment des cas à problèmes multiples, devrait être globale, c'est-à-dire se focalisant non seulement sur leur maladie, mais également sur leur bien être, leurs ressources psychologiques ainsi que sur leur cadre de vie. Malheureusement, dans notre pays, la prise en charge des personnes en souffrance mentale demeure insuffisante, puisqu'elle continue à être dominée par une approche médicale centrée sur l'aspect curatif et la suppression des symptômes, en négligeant à la fois l'aspect psychologique, social et aussi préventif. Le cas clinique présenté montre, en effet, l'importance et l'intérêt de reconsidérer la place de ces dernières dimensions des soins de santé, en apportant une attention particulière à la personne, à son milieu et sa qualité de vie, à ses besoins et à ses compétences propres.

7. BIBLIOGRAPHIE

- Agbokou, C., Ferreri, F., Nuss, P. et Peretti, C.-S. (2011). Clinique des dépressions maternelles postnatales. *EMC-Psychiatrie*, 148 (37-170-a-30), 1-8. DOI: 10.1016/S0246-1072(11)56087-0
- Amiel-Lebigre, F. (2004). Facteurs psychosociaux associés à des épisodes dépressifs avec hospitalisation chez des femmes: étude cas-témoins. *L'Encéphale*, 30(2), 97-105. DOI: 10.1016/S0013-7006(04)95420-6
- Anaut, M. (2005). Le concept de résilience et ses applications cliniques. *Recherche en soins infirmiers*, 82, 4-11. Récupéré de https://www.cairn.info/load_pdf.php?download=1&ID_ARTICLE=RSI_082_0004#
- Association Américaine de Psychiatrie (APA). (2013/2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris, France: Elsevier Masson.
- Bayingana, K. et Tafforeau, J. (2002). *La Dépression: état des connaissances et données disponibles pour le développement d'une politique de santé en Belgique*. ISSP-

- Service d'épidémiologie, Centre de recherche opérationnelle en santé publique. Bruxelles, Belgique. Récupéré de <https://docplayer.fr/9738962-La-depression-etat-des-connaissances-et-donnees-disponibles-pour-le-developpement-d-une-politique-de-sante-en-belgique.html>*
- Belle, D. et Doucet, J. (2003). Poverty, inequality and discrimination as sources of depression among U.S. women. *Psychology of women quarterly*, 27(2), 101-113. DOI: <https://doi.org/10.1111/1471-6402.00090>
- Bergeret, J. (1976). Dépressivité et dépression dans le cadre de l'économie défensive (rapport au XXXVI^e Congrès des Psychanalystes de Langue française). *Revue française de Psychanalyse*, 40(5-6), 835-1044. Récupéré de https://bsf.spp.asso.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12435
- Bergeret, J. (1992). Les dépressions et leurs bases dans une optique thérapeutique. *Bulletin de la Société française du Rorschach et des méthodes projectives*, 36, 5-23. DOI: <https://doi.org/10.3406/clini.1992.997>
- Bergeret, J. (2004). *Psychologie pathologique : théorie et clinique* (9^e éd.). Paris, France: Masson.
- Brelet-Foulard, F. (1992). Le discours mélancolique au T.A.T. *Bulletin de la Société française du Rorschach et des méthodes projectives*, 36, 67-76. DOI: <https://doi.org/10.3406/clini.1992.1001>
- Brelet-Foulard, F. (1994). L'expression du fantasme narcissique au TAT. *Bulletin de la Société française du Rorschach et des méthodes projectives*, 38, 55-66. DOI: <https://doi.org/10.3406/clini.1994.1668>
- Brelet-Foulard, F. et Chabert, C. (dir.). (2003). *Nouveau Manuel du TAT-Approche psychanalytique* (2^e éd.). Paris, France: Dunod.
- Brown, G. W. (1995). Rôle des facteurs interpersonnels dans le déclenchement et l'évolution des troubles dépressifs: résumé d'un programme de recherche. *Santé mentale au Québec*, 20(2), 15-34. DOI: <https://doi.org/10.7202/032351ar>
- Chabert, C. (1992). Les problématiques dépressives et leurs aménagements: approche clinique et projective. *Bulletin de la Société française du Rorschach et des méthodes projectives*, 36, 25-40. DOI: <https://doi.org/10.3406/clini.1992.998>
- Chabert, C. (1998). *Psychanalyse et méthodes projectives*. Paris, France: Dunod.
- Chabert, C. (2001). La psychanalyse au service de la psychologie projective. *Psychologie clinique et projective*, 7, 55-69. DOI: 10.3917/pcp.007.0055
- Chabert, C., Louët, E. et Camps, D.-F. (2017). Annexes. Indices de dépression au Rorschach et au TAT. Dans *Les dépressions extrêmes. Approche psychanalytique et projective* (pp. 154-171). Paris, France: Dunod.
- Csillik, A. (2019). Des ressources psychologiques aux interventions en psychologie positive. Dans C. Martin-Krumm *et al.*, *Psychologie positive* (pp.259 -275), Paris, France: Dunod.
- De Tychev, C. (2001). Surmonter l'adversité: les fondements dynamiques de la résilience. *Cahiers de psychologie clinique*, 16, 49-68. DOI : 10.3917/cpc.016.0049

Psychothérapie de soutien et dépression chez la femme: illustration à partir d'un cas clinique

- De Tychev, C. (2009). Dépression, chimiothérapie et test de Rorschach. *Le Carnet PSY*, 132, 42-45. DOI: 10.3917/lcp.132.0042
- Djaoui, B. (2012). *Contribution à l'étude des conduites suicidaires: à propos d'une étude à recrutement prospectif durant deux ans (2010-2012) au UMC du CH d'Oran* [thèse de doctorat, Université Ahmed Ben Bella-Oran 1, Algérie]. Récupéré de <https://www.theses-algerie.com/2299175802828981/memoire-de-docteur-en-science-medicale/universite-ahmed-ben-bella-oran-1/contribution-a-letude-des-conduites-suicidaires-a-propos-dune-etude-a-recrutement-prospectif-durant-deux-ans-20102012-aux-urgences-medicochirurgicales-du-centre-hospitalouniversitaire-doran>
- Dollander, M. et De Tychev, C. (2002). Deuil compliqué et fonctionnement intrapsychique: approche clinique et projective. *Psychologie Clinique et Projective*, 8, 241-264. DOI: 10.3917/pcp.008.0241
- D'Ortenzio, A. (2022). *La dépression: une réalité genrée? Femmes Prévoyantes Socialistes-FPS-Liège, Bruxelles*. Récupéré de https://www.soralia.be/wp-content/uploads/2022/06/Etude2022_Drepression_web.pdf
- Douki, S. et Nacef, F. (2002). Women's mental health in Tunisia. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 1(1), 55-56. Récupéré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489820/>
- Douki Dedieu, S., Ben Zineb, S. et Nacef, F. (2006). La dépression à l'épreuve de la condition féminine. *L'Encéphale*, 32(4), 561-563. DOI: 10.1016/S0013-7006(06)76203-0
- Douki Dedieu, S. (2011). L'inégalité des genres face à la maladie mentale. Dans *Les femmes et la discrimination. Dépression, Religion, société* (pp. 23-32). Paris, France: Odile Jacob.
- El Moncef Seridi, M. et Belaadi, B. (2022). État des lieux des troubles mentaux et de leur prise en charge en Algérie. *East Mediterr Health J.*, 28(7), 532-538. DOI: <https://doi.org/10.26719/emhj.22.054>
- Fathy Mahmoud Mohammed, Sh. et Salem Mohammed, N. (2018). Effect of menopausal symptoms on psychological Problems among middle-aged women. *Egyptian Nursing Journal*, 15(3), 292-301. DOI: 10.4103/ENJ.ENJ_20_18
- Ferreri, M., Ferreri, F. et Nuss, Ph. (2003). *La dépression au féminin*. Paris, France: John Libbey- Eurotext.
- Freud, S. (1915/1968). Deuil et Mélancolie. Dans *Métapsychologie* (J. Laplanche et J.B. Pontalis, trad.) (pp.147-174). Paris, France: Gallimard. (Ouvrage original publié en 1940).
- Freund, C. (2013). La prévalence notable de la dépression chez les femmes de la région MENA. Récupéré le 25 octobre 2022 de <https://blogs.worldbank.org/fr/arabvoices/depression-femmes-mena#:~:text=Il%20est%20apparu%20que%20la,%C3%A0%20la%207e%20place>).

- Gédance, D. (2003). L'abord psychanalytique de la dépression. *Médecine & Hygiène*, 2461, 2407-2410. Récupéré de https://www.revmed.ch/view/806535/6430830/RMS_2461_2407.pdf
- Ghubash, R. (2001). Epidemiological studies in the Arab World. Dans A. Okasha, et M. Maj (dir.), *Images in psychiatry: An Arab Perspective* (pp. 37-51). Cairo, Egypt: WPA Series Publications.
- Guertin, M. (1986). Psychothérapie de soutien ou soutien en psychothérapie : une réflexion nécessaire sur le travail en psychiatrie de secteur. *Santé mentale au Québec*, 11(2), 149–155. DOI: <https://doi.org/10.7202/030354ar>
- Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (HCE). (2020). *Prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner: un enjeu de santé publique* (Rapport n°2020-11-04 Santé 45). Récupéré de https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_sexe_genre_soigner-v9.pdf
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2020). *Sexe, genre et santé-Rapport d'analyse prospective 2020*. Récupéré de https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/rapport_analyse_prospective_2020.pdf
- Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). (2019). *Dépression: mieux la comprendre pour la guérir durablement*. Récupéré le 10 Janvier 2023 de <https://www.inserm.fr/dossier/depression/>
- Kuechenhoff, J. (2012). Psychothérapie dans la dépression. Synthèse des recommandations S3 de la DGPPN. *Forum Médical Suisse*, 12(12), 267-271. DOI: 10.4414/fms.2012.01001
- Lancelevée, C. et Vozari, A.-S. (2023). Le genre de la dépression : perspectives de recherches sociologiques. *Rhizome*, 85, 11-12. DOI 10.3917/rhiz.085.0011
- Lemay, M. (1999). Réflexions sur la résilience. Dans M-P. Poilpot (dir.), *Souffrir mais se construire* (pp. 83-106). Ramonville Saint-Agne, France: Fondation pour l'Enfance, Erès.
- Lemyre, L. (1989). Stresseurs et santé mentale: analyse contextuelle de la pauvreté. *Santé mentale au Québec*, 14(2), 120-127. DOI: <https://doi.org/10.7202/031521ar>
- Leroux, I. et Morin, T. (2006). Facteurs de risque des épisodes dépressifs en population générale. DREES, *Études et Résultats*, 545. Récupéré de <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er545.pdf>
- Morin, T. (2010). *Mesurer statistiquement la dépression: Enjeux et limites*. (2010). DREES, Document de travail. Récupéré de <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dtsm9.pdf>
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2021). *Dépression*. Récupéré le 12 Janvier 2023 de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Pan Ké Shon, J-L. et Duthé, G. (2013). Trente ans de solitude... et de dépression. *Revue Française de Sociologie*, 54(2), 225-261. DOI: 10.3917/rfs.542.0225
- Papanikola, G., Borcan, D., Sanida, E. et Escard, E. (2015). Santé mentale au féminin: entre vulnérabilité intrinsèque et impacts des facteurs psychosociaux? *Revue*

Psychothérapie de soutien et dépression chez la femme: illustration à partir d'un cas clinique

- Médicale Suisse*, 11(487), 1750-1754. Récupéré de https://www.hug.ch/sites/hde/files/structures/medecine_de_premier_recours/sante_mentale_au_feminin.pdf
- Pedinielli, J.-L. et Bernoussi, A. (2005). *Les états dépressifs*. Paris, France: Armand Colin.
- Pellet, D. (2004). *Les états limites et la dépressivité: un lien anaclitique* [thèse de doctorat en médecine, Université Henri Poincaré de Nancy 1, France]. Récupéré de <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733155>
- Perquier, F. (2014). *Facteurs hormonaux et anthropométriques associés à la dépression chez la femme en post-ménopause: résultats de la cohorte E3N* [thèse de doctorat en médecine, Université Paris-Sud, France]. Récupéré de <https://theses.hal.science/tel-00997224/document>
- Pewzner, E. (2003). *Introduction à la psychopathologie de l'adulte* (2^e éd.). Paris, France: Armand Colin.
- Renaud, A. (2007). La dépression chez la personnalité limite. *Santé mentale au Québec*, 32(1), 93-113. DOI: <https://doi.org/10.7202/016511ar>
- Rockland, L. H. (1989). Psychoanalytically oriented supportive therapy: literature review and techniques. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 17, 451- 462.
- Roustit, C., Cadot, E., Massari, V. et Chauvin, P. (2008). Les facteurs biographiques et contextuels de la dépression: analyses à partir des données de la cohorte SIRS, agglomération parisienne, 2005. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 35-36, 321-325. Récupéré de <https://www.researchgate.net/publication/233867610>
- Schaeffer, J. (2008). *Dépression et différence des sexes*. Récupéré de <https://www.spp.asso.fr/textes/textes-et-conferences/introduction-psychanalyse/2008-2009-les-depressions/depression-et-difference-des-sexes/>
- Schmitt, L. (2012). *Psychothérapie de soutien*. Paris, France: Masson.
- Tunisie-Directinfo. (2013). *La Tunisie parmi les pays les plus dépressifs au monde*. Récupéré le 20 janvier 2023 de <https://directinfo.webmanagercenter.com/2013/11/19/la-tunisie-compte-parmi-les-pays-les-plus-depressifs-au-monde/>
- Weyeneth, M., Ambresin, G., Carballeira, Y., Contesse, V., Crivii, Ch., Glauser, F., Lopez de La Vega, B., Matthey, B. et Bryois, Ch. (2004). La psychothérapie de soutien: un pas vers l'éclectisme. *Psychothérapies*, 24, 73-86. DOI: 10.3917/psys.042.0073
- World Health Assembly, 65. (2012). *Global Burden of Mental Disorders and the Need for a Comprehensive, Coordinated Response from Health and Social Sectors at the Country Level: report by The Secretariat*. Geneva, Switzerland: WHO. Récupéré de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78898/A65_10-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- World Health Organization. (2022). *International Classification of Diseases (ICD-11)*. Geneva, Switzerland: WHO.