

GUIDE DE PRATIQUE POUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT COGNITIVO-COMPORTEMENTAL DU TROUBLE DÉPRESSIF MAJEUR

Document de travail, août 2015

**THANH-LAN NGO AVEC LA COLLABORATION DE LOUIS CHALOULT
ET JEAN GOULET**

À PROPOS DE CE GUIDE DE PRATIQUE

Ce guide de pratique s'adresse avant tout aux cliniciens à qui il cherche à fournir une information concise, pratique et raisonnablement à jour sur la compréhension et la thérapie cognitivo-comportemental (TCC) du Trouble dépressif majeur (TDM). La présente version demeure toutefois un **document de travail**. Elle n'a pas la prétention d'être complète et elle peut faire l'objet de discussions, de corrections ainsi que de modifications futures.

Nous référons les lecteurs à l'ouvrage de Chaloult et coll. ([Chaloult, Ngo, Goulet, & Cousineau, 2008](#)) pour une présentation théorique et pratique des principes fondamentaux de la TCC.

À PROPOS DES AUTEURS

Thanh-Lan Ngô est médecin psychiatre. Elle pratique à la clinique des maladies affectives du Pavillon Albert Prévost qui relève du département de psychiatrie de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Elle est professeure au département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

Louis Chaloult est médecin psychiatre. Il pratique en bureau privé à la Polyclinique médicale Concorde, à Laval. Il a été professeur au département de psychiatrie de l'Université de Montréal de 1980 à 2010.

Jean Goulet est médecin psychiatre. Il pratique au département de psychiatrie de la Cité de la Santé de Laval et au département de psychiatrie de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Il est professeur au département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| Section 1 : Introduction | 5 |
| Section 2 : Évaluation du trouble dépressif majeurs (TDM)..... | 7 |
| 2.1 Critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur selon le DSM-5. (American Psychiatric Association, 2013)..... | 7 |
| 2.2 Outils d'évaluation pour un épisode dépressif majeur | 10 |
| Section 3 : Traitement pharmacologique du trouble dépressif majeur..... | 11 |
| Section 4 : Modèle cognitivo-comportemental du trouble dépressif majeur | 17 |
| 4.1 L'approche comportementale dans la compréhension et le traitement du trouble dépressif majeur | 18 |
| 4.2 L'approche cognitive dans la compréhension du trouble dépressif majeur | 19 |
| Section 5 : Principales étapes du traitement cognitif comportemental de la dépression | 22 |
| 5.1 Évaluation (voir section 2) | 22 |
| 5.2 L'information au patient : modèle cognitivo-comportemental (voir section 4) | 22 |
| 5.3 Fixer des objectifs réalistes et préparer un plan de traitement..... | 22 |
| 5.4 Prescrire des médicaments s'il y a lieu (voir section 3)..... | 22 |
| 5.5 La démarche comportementale..... | 22 |
| 5.5.1 Bien expliquer la nature et l'objectif de l'approche comportementale..... | 22 |
| 5.5.2 Auto-observation | 22 |
| 5.5.3 Discuter des activités présentes et passées et tracer un programme pour les jours à venir (planification des activités)..... | 23 |
| 5.5.4 Augmentation graduelle des tâches (assignation des tâches graduées)..... | 24 |
| 5.5.5 Implication de l'entourage dans le traitement..... | 25 |
| 5.6 La démarche cognitive..... | 25 |
| 5.6.1 La restructuration cognitive superficielle (c.-à-d. au niveau des pensées immédiates) non systématisée | 25 |
| 5.6.2 La restructuration cognitive superficielle (c.-à-d. au niveau des pensées immédiates) systématisée | 28 |
| 5.6.3 La restructuration cognitive à un niveau plus introspectif (c.-à-d. à un niveau souvent plus inconscient)..... | 32 |
| 5.6.4 (facultative): cibler les ruminations | 33 |
| 5.7 Terminaison et prévention des rechutes | 34 |
| Section 6 : Déroulement du traitement..... | 36 |
| Section 7 : Instruments de mesure et outils de traitement | 53 |
| 7.1 Inventaire de Beck pour la dépression | 54 |
| 7.2 Inventaire de Beck pour l'anxiété..... | 56 |
| 7.3 PHQ-9..... | 59 |
| 7.4 Questionnaire sur la maladie bipolaire (<i>Mood Disorder Questionnaire</i>) | 61 |
| 7.5 Registre des activités quotidiennes | 63 |
| 7.6 Liste d'activités..... | 66 |
| 7.7 Tableau d'enregistrement des pensées automatiques..... | 68 |
| 7.8 Remettre en question les pensées négatives | 70 |
| 7.9 Biais d'interprétation (distorsions cognitives)..... | 72 |
| 7.10 Résolution de problèmes | 74 |

| | |
|---|------------|
| 7.11 L'affirmation de soi | 77 |
| 7.12 Résumé de thérapie | 80 |
| 7.13 Fiche de prévention des rechute | 82 |
| 7.14 La thérapie cognitivo-comportementale de la dépression : Manuel d'information destiné aux patients..... | 85 |
| 7.15 La thérapie cognitivo-comportementale expliquée au grand public (Collège Royal des Psychiatres 2009)..... | 109 |
| 7.16 Texte préliminaire pour les | 118 |
| participants à la thérapie cognitive basée sur la méditation | 118 |
| 7.17 La psychothérapie interpersonnelle | 123 |
| Bibliographie | 128 |

Section 1 : Introduction

Le trouble dépressif majeur est une maladie très répandue

L'incidence et la prévalence du Trouble dépressif majeur varie considérablement d'une étude à l'autre, mais tous s'entendent pour dire qu'il s'agit d'une pathologie qui se rencontre fréquemment. Sa prévalence à vie se situe à 12.2% au Canada (Public Health Agency, 2006). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la dépression sera la maladie associée au deuxième plus grand fardeau global en 2020.

Le trouble dépressif majeur se situe parmi les maladies les plus souffrantes

Le déprimé a l'impression qu'il est indigne, que son entourage est hostile ou incapable de l'aider et qu'il ne dispose pas ou peu de moyens pour s'en sortir (triade de Beck).

Le trouble dépressif majeur est une maladie dangereuse

1. Il est souvent mortel. Officiellement le suicide est responsable de 2 % de la mortalité au Québec. C'est également la deuxième cause de mortalité chez les adolescents.
2. Il cause ou accentue plusieurs pathologies organiques, en particulier les maladies psychosomatiques.
3. Il cause ou accentue plusieurs formes de toxicomanies, en particulier l'alcoolisme.

Le trouble dépressif majeur est encore mal connu du grand public et souvent même des médecins ou autres professionnels de la santé

Par exemple :

1. 15 % seulement des enfants ou des adolescents souffrant de maladies mentales graves, plus particulièrement de dépression, voient leurs pathologies identifiées et traitées adéquatement.
2. 25 % des personnes âgées «laissées pour compte», parce qu'on pense qu'elles souffrent de démence, présentent des pathologies psychiatriques traitables mais non détectées, plus particulièrement des dépressions (pseudo-démence).
3. Selon Stanley Lesse (1977), 50 % des gens qui consultent à répétition leur médecin pour des maladies physiques et chez qui on ne trouve pas de pathologie organique souffrent de dépression. 65 % des dépressions masquées ne sont pas démasquées avant deux ans de suivi organique ou plus.

Le trouble dépressif majeur se traite et se guérit dans la très grande majorité de cas

1. Il existe des médicaments efficaces, entre autres les antidépresseurs et les stabilisateurs de l'humeur.
2. Il existe également des formes de psychothérapie qui donnent d'excellents résultats en particulier la psychothérapie cognitivo-comportementale. En fait, celle-ci s'intéresse depuis ses débuts au traitement de la dépression. Son efficacité dans ce domaine a été démontrée par des recherches abondantes et convaincantes. Donnons quelques exemples. La psychothérapie cognitive seule est autant ou plus efficace à moyen et à long terme que les antidépresseurs (([Cottraux, 1990](#)), p.198). Deux méta-analyses (([Dobson, 1989](#)), 28 études et ([Robinson, Berman, & Neimeyer, 1990](#)), 58 études) démontrent une efficacité égale ou supérieure de la psychothérapie cognitive aux autres formes de psychothérapie dans le traitement de la dépression. Seule la psychothérapie interpersonnelle a également fait l'objet d'abondantes recherches et possède des résultats comparables à ceux de l'approche cognitivo-comportementale (p.ex.,([Luty et al., 2007](#)))

Autres références utiles : ([Chaloult et al., 2008](#); [Fava, Grandi, Zielezny, Rafanelli, & Canestrari, 1996](#); [Fontaine & Apfeldorfer, 1984](#); [Hawton, 1989](#); [Leahy & Holland, 2000](#))

Section 2 : Évaluation du trouble dépressif majeurs (TDM)

Cette section se divise en deux parties :

- 2.1 Critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur selon le DSM-5.
- 2.2 Outils d'évaluation pour un épisode dépressif majeur.

2.1 Critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur selon le DSM-5. ([American Psychiatric Association, 2013](#))

- A. Five (or more) of the following symptoms have been present during the same 2-week period and represent a change from previous functioning; at least one of the symptoms is either (1) depressed mood or (2) loss of interest or pleasure.
 - 1. Depressed mood most of the day, nearly every day, as indicated by either subjective report (e.g., feels sad, empty, hopeless) or observation made by others (e.g., appears tearful). (**Note** : in children and adolescents, can be irritable mood.)
 - 2. Markedly diminished interest or pleasure in all, or almost all, activities most of the day, nearly every day (as indicated by either subjective account or observation).
 - 3. Significant weight loss when not dieting or weight gain (e.g., a change of more than 5% of body in a month), or decrease or increase in appetite nearly every day. (**Note** : In children, consider failure to make expected weight gain.)
 - 4. Insomnia or hypersomnia nearly every day.
 - 5. Psychomotor agitation or retardation nearly every day (observable by others, not merely subjective feelings of restlessness or being slowed down).
 - 6. Fatigue or loss of energy nearly every day.
 - 7. Feelings of worthlessness or excessive or inappropriate guilt (which may be delusional) nearly every day (not merely self-reproach or guilt about being sick).
 - 8. Diminished ability to think or concentrate, or indecisiveness, nearly every day (either by subjective account or as observed by others).

9. Recurrent thoughts of death (not just fear of dying), recurrent suicidal ideation without a specific plan, or a suicide attempt or a specific plan for committing suicide.
- B. The symptoms cause clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.
- C. The episode is not attributable to the physiological effects of a substance or to another medical condition.

Note : Criteria A-C represent a major depressive episode.

Note : Responses to a significant loss (e.g., bereavement, financial ruin, losses from a natural disaster, a serious medical illness or disability) may include the feelings of intense sadness, rumination about the loss, insomnia, poor appetite, and weight loss noted in Criterion A, which may resemble a depressive episode. Although such symptoms may be understandable or considered appropriate to the loss, the presence of a major depressive episode in addition to the normal response to a significant loss should also be carefully considered. This decision inevitably requires the exercise of clinical judgment based on the individual's history and the cultural norms for the expression of distress in the context of loss.¹

- D. The occurrence of the major depressive episode is not better explained by schizoaffective disorder, schizophrenia, schizophreniform disorder, delusional disorder, or other specified and unspecified schizophrenia spectrum and other psychotic disorders.
- E. There has never been a manic episode or a hypomanic episode.

Note : This exclusion does not apply if all of the manic-like or hypomanic-like episodes are substance-induced or are attributable to the physiological effects of another medical condition.

Coding and Recording Procedures

The diagnostic code for major depressive disorder is based on whether this is a single or recurrent episode, current severity, presence of psychotic features, and remission status. Current severity and psychotic features are only indicated if full criteria are currently met for a major depressive episode. Remission specifiers are only indicated if the full criteria are not currently met for a major depressive episode. Codes are as follows :

| Severity/course specifier | Single episode | Recurrent episode |
|---------------------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Mild (p. 188) | 296.21 (F32.0) | 296.31 (F33.0) |
| Moderate (p. 188) | 296.22 (F32.1) | 296.32 (F33.1) |
| Severe (p. 188) | 296.23 (F32.2) | 296.33 (F33.2) |
| With psychotic features** (p. 186) | 296.24 (F32.3) | 296.34 (F33.3) |
| In partial remission (p.188) | 296.25 (F32.4) | 296.35 (F33.41) |
| In full remission (p. 188) | 296.20 (F32.9) | 296.30 (F33.9) |
| Unspecified | 296.20 (F32.9) | 296.30 (F33.9) |

* For an episode to be considered recurrent, there must be an interval of at least 2 consecutive months between separate episodes in which criteria are not met for a major depressive episode. The definitions of specifiers are found on the indicated pages.

** If psychotic features are present, code the « with psychotic features » specifier irrespective of episode severity.

In recording the name of a diagnosis, terms should be listed in the following order : major depressive disorder, single or recurrent episode, severity/psychotic/remission specifiers, followed by as many of the following specifiers without codes that apply to the current episode.

Specify :

With anxious distress (p. 184)

With mixed features (pp. 184-185)

With melancholic features (pp. 185)

With atypical features (pp. 185-186)

With mood-congruent psychotic features (p. 186)

With mood-incongruent psychotic features (p. 186)

With catatonia (p. 186). **Coding note** : Use additional code 293.89 (F06.1)

With peripartum onset (pp. 186-187)

With seasonal pattern (recurrent episode only) (pp. 187-188)

2.2 Outils d'évaluation pour un épisode dépressif majeur

Dans l'approche cognitivo-comportementale, on considère comme indispensable de bien répertorier les symptômes du patient et d'en évaluer la gravité avant de débiter le processus thérapeutique. Les résultats sont ensuite réutilisés en cours (on peut demander au patient de remplir l'échelle de dépression avant chaque session) et en fin de traitement pour en mesurer l'efficacité. Dans l'épisode dépressif majeur, on utilise surtout les inventaires de Beck pour la dépression et l'anxiété. Notons par contre qu'il ne s'agit pas d'échelles diagnostiques.

1. *L'Inventaire de Beck pour la dépression (voir section 7.1)*

Cet inventaire permet d'identifier et de mesurer la gravité des symptômes dépressifs. Les principaux symptômes couvrant les sphères affective, cognitive, comportementale et biologique sont repassés à tour de rôle. Pour mesurer l'intensité du symptôme, on demande au sujet de choisir entre trois, quatre ou cinq phrases qui représentent chacune une intensité différente. Puis on met un pointage selon la phrase choisie, on additionne et le résultat final nous donne une meilleure idée de la gravité de la dépression.

2. *L'Inventaire de Beck pour l'anxiété (voir section 7.2)*

La comorbidité entre la dépression et les troubles anxieux est importante. Cet inventaire permet de mieux évaluer les symptômes anxieux accompagnant la dépression.

Des indications sont fournies pour interpréter les résultats des inventaires de Beck pour la dépression et l'anxiété. Rappelons que ces résultats ne sont qu'approximatifs et qu'ils doivent toujours être évalués à la lumière de la clinique.

On peut également se servir du PHQ-9 (*voir section 7.3*) pour évaluer les symptômes de dépression majeure et en suivre l'évolution en cours de traitement.

D'autres mesures sont souvent utiles pour évaluer une dépression comme de prendre des informations auprès des membres de l'entourage ou de peser le patient pour vérifier s'il y a une modification du poids. Ajoutons que l'on doit toujours accorder beaucoup d'attention à l'évaluation et à la réévaluation du risque suicidaire.

Section 3 : Traitement pharmacologique du trouble dépressif majeur

Avant d'offrir un traitement au patient qui présente des symptômes de dépression majeure, il est préférable de s'assurer d'avoir exclu une condition organique (maladies physiques, substances psychoactives) pouvant causer ces symptômes. On suggère de faire un bilan de base comprenant au minimum une TSH et une FSC. Si on envisage donner un antipsychotique atypique, il faudra effectuer un suivi métabolique: peser et demander une glycémie à jeun, les enzymes hépatiques et un bilan lipidique, puis répéter à 3, 6 mois et annuellement.

Avant de prescrire un antidépresseur, il faut aussi s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une maladie bipolaire et donc que le patient n'a jamais présenté d'épisode de manie ou d'hypomanie dans le passé (cf. questionnaire sur la maladie bipolaire), si possible en confirmant avec un membre de la famille. On peut également demander s'il existe une histoire familiale de trouble bipolaire. En effet, la prescription d'un anti-dépresseur chez un patient bipolaire peut provoquer un virage en manie et amener une plus grande instabilité de l'humeur (cycles plus rapides et d'amplitude plus prononcée).

On peut donner un antidépresseur si on a affaire à une dépression majeure modérée à sévère. Un antidépresseur typique prend généralement 4 à 6 semaines à fonctionner. Si le taux de réponse est de moins de 20% à 4-8 semaines (moyenne 6), il faut considérer un autre antidépresseur (cf. tableau I). Ainsi, selon une étude le taux de réponse associé à un deuxième ISRS est de 66% lorsque le premier était mal toléré et 48% si le patient était réfractaire au premier. En général, on a un taux de réponse entre 40 et 50% lorsqu'on change d'antidépresseur. S'il y a une réponse partielle, on suggère de continuer le même médicament pendant 4-8 semaines encore, en augmentant la dose à toutes les 2-4 semaines si le patient cesse de s'améliorer et si la tolérance le permet. S'il y a un plateau, au bout de 8-16 semaines (moyenne 12) de traitement avec le même antidépresseur, à la dose maximale tolérée par le patient, il faut envisager de l'associer à un autre antidépresseur (cf. tableau II) ou de potentialiser avec un autre médicament (cf. tableau III).

Quel antidépresseur choisir ? *Tous les antidépresseurs que vous retrouvez dans le tableau peuvent constituer des premiers choix, à l'exception des tricycliques, tétracycliques, trazodone, et IMAO irréversibles.* Si le patient ou un membre de la famille a déjà répondu à un antidépresseur dans le passé, on peut le prescrire. Si un patient a déjà une préférence marquée pour un antidépresseur on peut en tenir compte. Sinon, on peut se fier au profil d'effets secondaires (tableau IV), des aspects de sécurité et de son coût. Ainsi, si le patient prend plusieurs médicaments, on en choisira un qui comporte peu d'interactions médicamenteuses (ex. : Cipralex, Celexa, Remeron, Effexor). S'il se plaint de gain de poids, on évitera ceux qui sont associés à une prise de poids (ex. : Remeron, Paxil). S'il souffre de boulimie, on évitera les antidépresseurs qui diminuent le seuil convulsif car le patient peut déjà être à risque de convulsion à cause de désordres électrolytiques occasionnés par les vomissements (ex. : Wellbutrin). S'il se plaint d'insomnie un antidépresseur sédatif pourra être prescrit (ex. : Remeron, Paxil). S'il se plaint d'anxiété, on pourra éviter de donner un antidépresseur qui pourrait augmenter le niveau d'anxiété (ex. : Wellbutrin) ou donner une très petite dose de départ (ex. : $\frac{1}{2}$ ou $\frac{1}{4}$ de la plus petite dose efficace) qu'on augmente progressivement à toutes les semaines jusqu'à ce qu'on atteigne une dose efficace. S'il présente une dépression atypique, les IMAO et ISRS peuvent être considérés, etc.

Comme certaines données suggèrent que le taux de réponse est meilleur lorsqu'on traite l'insomnie des patients déprimés souffrant d'insomnie importante, un hypnotique peut être utilisé transitoirement, surtout s'il n'y a pas de contre-indication comme un passé de dépendance, une déficience, une démence ou un trouble de personnalité (cf. guide sur l'insomnie de cette série pour une discussion plus détaillée des options). On suggère par contre d'éviter de prescrire des benzodiazépines à long terme car elles sont associées à un risque de dépendance, d'augmentation de l'impulsivité, d'augmentation de la fatigue, d'anxiété rebond, etc

Combien de temps doit-on poursuivre les antidépresseurs? Le risque de rechute lorsqu'on cesse un antidépresseur est de 50% après un épisode, 70% après un 2^{ème} et 90% après un 3^{ème}. Le traitement de maintien est donc crucial. On doit aussi considérer, dans cette phase de traitement, les facteurs suivants : le risque de rechute (augmenté s'il y a présence de comorbidité et de symptômes résiduels), la sévérité de l'épisode (risque suicidaire, psychose, dysfonctionnement majeur), les effets secondaires et la préférence du patient. Après 1 épisode, on poursuit l'antidépresseur à la même dose jusqu'à 4-5 mois après la rémission totale des

symptômes. Après 2 épisodes, on continue 2 ans et après 3 épisodes, on poursuit pendant 5 ans ou à vie. Lorsqu'on décide de retirer l'antidépresseur, il faut le faire progressivement *étant donné le risque de symptômes de retrait et le plus grand risque de rechute lorsqu'on cesse subitement*. Si on a potentialisé l'antidépresseur avec un autre agent *et que cette potentialisation a amené des bénéfices significatifs*, il faut maintenir le deuxième agent au moins 2-6 mois sinon pendant toute la durée du traitement.

Par ailleurs, il faut s'assurer que le patient adopte de saines habitudes de vie afin de favoriser son rétablissement. On lui recommande de:

- cesser la consommation de stimulants tels le café, le thé, le chocolat ou les boissons gazeuses caféinées s'il souffre d'anxiété ou d'insomnie.
- cesser la consommation d'alcool car il est reconnu que même la consommation modérée d'alcool contribue à la persistance des états dépressifs. S'il est incapable de le faire par lui-même on peut lui suggérer de contacter les alcooliques anonymes ou des ressources de désintoxication (1-800-265-2626).
- s'abstenir de consommer des drogues (ex. : syndrome amotivationnel découlant de l'usage de la marijuana) et s'il est incapable de le faire par lui-même, on peut suggérer des ressources de désintoxication.
- bien s'alimenter (3 repas par jour) pour éviter la fatigue liée à la dénutrition.
- faire de l'exercice car l'exercice aérobique (augmentation de 30 bpm), 3 fois par semaine, pendant 30-45 minutes peut aider à combattre la dépression légère à modérée.

Si le patient souffre de dépression saisonnière, on peut lui suggérer l'achat d'une lampe pour la photothérapie (10000 lux) ou des marches dehors tôt le matin.

S'il présente de l'insomnie, on peut l'encourager à éviter les stimulants, baisser la température de la chambre, faire de l'exercice le jour, limiter les siestes, se réveiller tous les jours à la même heure, ne pas se mettre au lit avant d'être somnolent; s'il ne dort pas au bout de 15 minutes il doit sortir du lit et lire quelque chose d'ennuyeux jusqu'à ce qu'il s'endorme en répétant la procédure si nécessaire.

Tableau I : antidépresseurs fréquemment utilisés

| Antidépresseur Nom générique (commercial) | dose de départ (mg/jour) | dose moyenne (mg/jour) | dose élevée * (mg/jour) |
|---|--------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| Tricycliques ou tétracycliques | | | |
| Amines tertiaires | | | |
| Amitriptyline (Élavil) | 25 BID | 100-300 | |
| Clomipramine (Anafranil) | 25 BID | 75-300 | |
| Amines secondaires | | | |
| Desipramine (Norpramin) | 25 BID | 75-300 | |
| Nortriptyline (Aventyl) | 25 | 50-150 | |
| Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine | | | |
| Citalopram (Celexa) | 20 | 20-40 | |
| Escitalopram (Cipralex) | 10 | 10-20 | 30 |
| Fluoxetine (Prozac) | 20 | 20-40 | 60-80 |
| Fluvoxamine (Luvox) | 50 | 150-200 | 400 |
| Paroxetine (Paxil) | 20 | 20-40 | 60 |
| Sertraline (Zoloft) | 50 | 50-100 | 150-200 |
| Inhibiteur de la recapture de la dopamine-norépinéphrine | | | |
| Bupropion SR (Wellbutrin SR) | 100 am | 150-300 | 375-450 |
| Inhibiteur de la recapture de la sérotonine-norépinéphrine | | | |
| Venlafaxine SR (Effexor XR) | 37.5 | 75-225 | 300-375 |
| Modulateurs de la sérotonine | | | |
| Trazodone (Désyrel) | 50 | 150-400 | |
| Modulateur de la norépinéphrine | | | |
| Mirtazapine (Remeron) | 15 | 15-45 | 60 |
| Inhibiteurs de la monoamine oxydase | | | |
| Irréversible-non sélectif | | | |
| Phenelzine (Nardil) | 15 am | 45-90 | |
| Tranylcypromine (Parnate) | 10 BID | 20-60 | |
| IMAO-A Réversible | | | |
| Moclobemide (Manérix) | 150 BID | 300-600 | 900 |
| * à utiliser avec prudence | | | |

Tableau II : stratégies d'association

| Association | dose (mg/j) | pharmacologie |
|-------------------------------|-------------|---|
| ISRS+bupropion | 100-300 | 5HT+(NA+DA) |
| ISRS+trazodone | 300-600 | 5HT+ (5HT, 5HT2a) |
| ISRS+mirtazapine | 15-45 | 5HT+NA (α 2,5HT2a/2c, 5HT3, H1) |
| ISRS+ATC*: | | 5HT+(5HT,NA, H1, Ach...) |
| amitryptiline | 10-25 | |
| desipramine | 25-75 | |
| ISRS+venlafaxine | | 5HT+NA |
| ISRS+antipsychotique atypique | | 5HT+ (5HT2+DA) |
| Venlafaxine+mirtazapine | | 5HT+NA (α 2,5HT2a/2c, 5HT3, H1) |
| Venlafaxine+bupropion | | 5HT+NA+DA |

*à utiliser avec prudence

Tableau III : stratégies de potentialisation

| Médicament potentialisateur avec | dose quotidienne (mg sauf si indiqué) | |
|--|---------------------------------------|-----------|
| Lithium (Eskalith, Duralith) | | |
| (taux plasmatiques de 0.8-1.2 mmol/l) | 600-900 | tout ATD |
| T3 (Cytomel) | 25-50 mcg | TCA ISRS |
| Buspirone (Buspar) | 10-15 TID | ISRS |
| Méthylphenidate (Ritalin) | 10-60 | |
| Dextroamphetamine (Dexedrine) | 5-20 | |
| Modafinil (Alertec) | ad 400 | |
| Antipsychotiques atypiques | | ISRS IRSN |
| Olanzapine (Zyprexa) | 5-10 | |
| Quetiapine XR (Seroquel XR) | 150-300 | |
| Risperidone (Risperdal) | 0.25-2 | |
| Aripiprazole (Abilify) | 2-10 | |
| Ziprasidone (Zeldox) | 40-80 | |
| Asenapine (Saphris) | 0.25 | |
| Tryptophane (Tryptan) | 1-3 g | |
| Pindolol (Visken) | 2.5 TID | ISRS IRSN |
| Lamotrigine (Lamictal) | 100-300 | |
| Pramipexole | 0.25-1 TID | ISRS |

Selon Blier (2013)

Tableau IV : stratégies pour traiter les effets indésirables courants des antidépresseurs

| Effet indésirable | Stratégies d'action | Traitement pharmacologique (mg/j) |
|-----------------------------|---|---|
| insomnie | Attendre que le patient tolère le médicament Prescrire le matin Réduire la dose (risque de perte d'efficacité) Changer d'antidépresseur | Ajouter : Zopiclone 7.5 Trazodone 50-100 Amitryptiline 10-50 Tryptophane 500-3000 Ativan 1 (mais attention à la dépendance) |
| Hypersomnie/fatigue/apathie | Attendre que le patient tolère le médicament Prescrire le soir Réduire la dose (risque de perte d'efficacité) Changer d'antidépresseur | Ajouter : Bupropion 100-200 Désipramine 25-50 Buspirone 10-40 |
| Nausées | Attendre que le patient tolère le médicament Réduire la dose (risque de perte d'efficacité) Changer d'antidépresseur Prendre le médicament après le repas | Ajouter dimenhydrinate 25-50 Risque de nausées : fluvoxamine>venlafaxine>sertraline>paroxétine> Fluoxétine>citalopram>mirtazapine gingembre |
| Dysfonctions sexuelles | Attendre que le patient tolère le médicament Réduire la dose (risque de perte d'efficacité) Changer d'antidépresseur(ex. bupropion, mirtazapine ou moclobemide) | En cas de baisse de libido, ajouter : Amantadine 100-400 PRN Bupropion 100-300 Buspirone 15-60 Béthanécol 10-50 PRN Sildénafil 25-100 PRN Yohimbine 5.4-16.2PRN En cas d'anorgasmie, ajouter: Amantadine 100-400 Bupropion 75-150 Buspirone 15-60 Mirtazapine 15-45 Sildénafil 25-100 PRN: 1er choix Yohimbine5.4-10.8 |
| Gain pondéral | Exercice physique Régime alimentaire | Bupropion 100-300 Topiramate 50-300 Axiid 300 BID |
| Syndrome de retrait | Si bénin : soutien Diminution progressive de la dose dans le cas d'antidépresseurs à risque plus élevé (i.e. paroxétine, ATC, IMAO, venlafaxine) | Traitement symptomatique (ex. anxiolytique, antiémétique) Cas modérés à sévères : <ul style="list-style-type: none"> • Reprendre antidépresseur • Passer à un agent à demie-vie plus longue (ex. : Prozac) puis diminuer progressivement |

Section 4 : Modèle cognitivo-comportemental du trouble dépressif majeur

Plusieurs sources d'informations peuvent être offertes au patient. Dans la section 7.14 du présent guide, vous retrouverez notre manuel destiné aux patients qui est relativement concis et suit les mêmes étapes que celles que vous retrouvez ici. Il est aussi disponible dans la section grand public de notre site internet : www.tccmontreal.com/section-grand-public/. Les références bibliographiques suivantes s'adressent aussi aux patients et se retrouvent dans notre manuel qui leur est destiné.

- BURNS, D.D. (1985) « **Être bien dans sa peau** ». St-Lambert : Les Éditions Héritage inc. ([Burns, 1994](#))
- GREENBERGER, D. et PADESKY, C.A. (1995) « **Mind over mood : a cognitive therapy treatment manual for client** ». Guilford Press. (2^e édition anglaise attendue en 2015). ([Greenberg & Padesky, 1995](#))
- Version française : (2005) « **Dépression et anxiété : comprendre et surmonter par l'approche cognitive** ». Décarie Éditeurs. ([Greenberg & Padesky, 2005](#))
- ADDIS, M.E. et MARTELL C.R. (2009) « **Vaincre la dépression une étape à la fois** », Les éditions de l'homme. ([Addis & Martell, 2009](#))
- BLACKBURN, I.M. et COTRAUX, J. (1988) « **Thérapie cognitive de la dépression** ». Masson. ([Blackburn & Cottraux, 1988](#))
- **Sur le net :**
- PATERSON, R. et BILSKER, D. Université Simon Fraser, Faculté des sciences de la santé, CARMHA: « **Programme d'autotraitement de la dépression: Guide du patient** », www.comh.ca/publications/resources/asw/SCDP-French.pdf
- BILSKER, D. et coll. « **Antidepressant Skills at Work : Dealing with Mood Problems in the Workplace** ». <http://www.bcmhas.ca/Research/default.htm>
- MOODGYM, Programme d'autosoins cognitivo-comportemental de la "Australian National University", (anglais), www.moodgym.anu.edu.au .
- LIVING LIFE TO THE FULL, Site britannique d'autosoins, (anglais), www.llttf.com

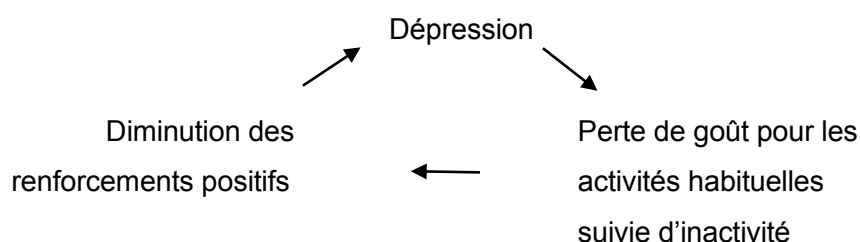
Mentionnons que les ouvrages de Greengerg et Padesky portent essentiellement sur l'approche cognitive, alors que Addis et Martell met l'accent sur l'approche comportementale.

Vous retrouverez aussi à la section 7.15, un texte de vulgarisation qui explique la TCC au grand public et qui a été mis en ligne par le Collège Royal des Psychiatres (2009).

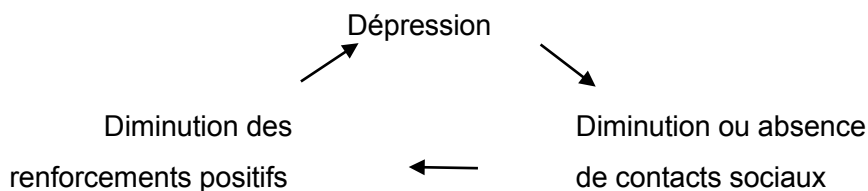
4.1 L'approche comportementale dans la compréhension et le traitement du trouble dépressif majeur

Pour mieux comprendre ce qui suit, expliquons tout d'abord brièvement l'étiologie de la dépression majeure selon l'hypothèse comportementale.

À la suite de causes biologiques (activité du métabolisme des neurotransmetteurs), éducationnelles (système de valeurs inadéquat) ou situationnelles (facteurs de stress ou autres), un individu devient déprimé, ce qui l'amène à percevoir la vie de façon pessimiste et à n'y plus trouver de plaisir. Cet état s'accompagne inévitablement d'une perte de goût pour les activités quotidiennes en même temps que d'une impression subjective de ne plus être capable de mener ses tâches à bien. Il en résulte donc presque toujours une inactivité plus ou moins marquée qui diminue les satisfactions et les plaisirs que cet individu tire habituellement de la vie. C'est ce qu'on appelle une diminution des renforcements positifs. Cette diminution viendra à son tour accentuer la dépression contribuant ainsi à créer le cercle vicieux suivant:



Simultanément, un second phénomène se produit. Dans un premier temps, l'entourage du déprimé tente de l'aider mais, par la suite, le pessimisme et l'apathie de ce dernier font rapidement fuir les gens. Le déprimé ne les retiendra pas, là encore par manque d'intérêt et par apathie. L'entourage peut aussi se fâcher et tenter de contrôler le comportement du patient qui pourra se rebeller en faisant des crises de colère. Il en résultera pour lui un vide sur le plan social. Ce vide provoquera à son tour une diminution de certains renforcements positifs, soit l'aide apportée par l'entourage et le plaisir pris aux contacts sociaux. Cette diminution contribuera à accentuer la dépression et nous nous retrouvons à nouveau avec un second cercle vicieux qui ressemble au premier :



Il résulte donc de la combinaison de ces deux cercles vicieux que les patients sévèrement déprimés sont apathiques et inactifs, qu'ils ont peu de contacts sociaux et qu'ils passent la plus grande partie de leur temps couchés ou assis devant la télévision sans la regarder.

Le traitement comportemental de la dépression consistera donc à briser ces deux cercles vicieux en incitant le déprimé à devenir plus actif et à socialiser davantage pour augmenter les renforcements positifs. Plus la dépression est sévère et plus le comportement est atteint, plus cet aspect du traitement prend de l'importance.

4.2 L'approche cognitive dans la compréhension du trouble dépressif majeur

C'est en étudiant les divers syndromes dépressifs que Beck au tout début a élaboré son modèle cognitif ([A. T. Beck & Rush, 1979](#); [J. S. Beck, 2011](#)). Résumons très brièvement sa théorie là-dessus.

Suite à l'interaction de divers facteurs biologiques, familiaux et socioculturels, l'individu développe ce qu'on appelle des schémas et qui sont des structures cognitives inconscientes et relativement stables formant une grille d'évaluation qu'il utilise pour percevoir et analyser la réalité. Ces schémas peuvent demeurer inactifs pendant un certain temps puis être réactivés par des expériences spécifiques. S'ils sont adaptés à la réalité, leur présence permet à l'individu de traiter rapidement l'information dans une situation donnée et de réagir de façon mieux adaptée. S'ils sont erronés, ils peuvent biaiser la perception des événements et déclencher des réactions dysfonctionnelles (ex. : dramatisation). L'ensemble des biais d'interprétation (Beck les nomme les erreurs logiques et elles sont décrites dans la section 7.9) produit chez le déprimé un discours intérieur qui est presque systématiquement pessimiste, irréaliste (non justifié par les faits) et automatique (il est plus ou moins conscient). Ce discours intérieur présente trois caractéristiques formant ce qu'on appelle «la triade cognitive de Beck».

1. *Le déprimé a une vision négative de lui-même.* Il se voit comme étant globalement déficient, indigne, inadéquat et ne possédant pas les qualités requises pour atteindre ses buts ou être heureux (*worthlessness*). Exemples : Je ne vaud pas grand chose, je me déteste, je suis faible, sans valeur, je suis un perdant, un raté, qu'y a-t-il de si mauvais en moi?
2. *Le déprimé a une vision négative de l'entourage.* Il voit l'entourage comme ne l'aimant pas, ne le comprenant pas, lui en demandant trop et ne lui donnant pas ce qui lui revient. En résumé, l'entourage est impuissant ou hostile (*helplessness*). Exemples : Personne ne me comprend, personne ne peut vraiment m'aider, comment pouvez-vous vous mettre à ma place, vous n'avez jamais été déprimé?
3. *Le déprimé a une vision négative du futur.* Il a l'impression que le futur ne lui réserve que des déceptions, des échecs et des rejets et qu'il ne s'en sortira pas (*hopelessness*). Exemples : Je n'ai plus d'espoir, plus d'avenir, ça ne vaut pas la peine, je ne puis supporter cela plus longtemps.

La triade cognitive peut donc se résumer en trois phrases:

- Je ne vaud pas cher ou je ne vaud rien. (au moins dans un de mes rôles).
- L'entourage m'est hostile ou impuissant à m'aider.
- Je ne m'en sortirai pas.

Cette triade peut varier en intensité selon le syndrome dépressif concerné et l'accent peut être mis davantage sur l'un ou l'autre de ses aspects, mais dans toute dépression le moins sérieuse, les trois aspects vont presque toujours exister simultanément sous une forme ou sous une autre.

Cette triade favorise l'apparition des symptômes dépressifs, leur maintien et leur accentuation. Par exemple :

- Au plan affectif, comment ne pas être triste, pessimiste, honteux, hostile ou s'auto-dévaloriser si on pense qu'on ne vaut pas cher et que l'entourage ne nous apporte pas ce dont nous avons besoin;
- Au plan comportemental, comment ne pas être sans goût, non motivé ou apathique si on pense qu'il n'y a pas d'espoir;
- Au plan biologique, la crainte de l'avenir découlant de l'impression de ne pas pouvoir s'en sortir va produire une anxiété chronique fréquemment responsable de somatisations multiples.

Par ailleurs, le contenu des pensées (ce que le patient pense) est dépressogène mais leur forme (comment il pense) l'est aussi. On sait maintenant que les ruminations, c'est-à-dire les pensées récurrentes, persistantes, non productives au sujet des symptômes de dépression, leurs causes possibles et leurs conséquences amplifient les affects et les pensées négatives, augmentent l'accessibilité aux souvenirs négatifs et altèrent la capacité à résoudre des problèmes. Ainsi, par exemple, si le patient est triste et qu'il se met à ruminer sur les conséquences de son arrêt de travail, il deviendra très déprimé après un certain temps. Il y a des thèmes fréquents : s'attarder à des pertes passées, analyser ses échecs, se comparer aux autres et se juger sévèrement. La tendance à ruminer prédit la probabilité de présenter des symptômes dépressifs et leur persistance. Elle est associée à un plus haut risque de récurrence. Dans la dépression résiduelle, les patients peuvent ruminer 50-75 % du temps, pendant 6-10 h à chaque fois. Les ruminations sont plus fréquentes chez les femmes. Il y a aussi un chevauchement entre les inquiétudes (associées à l'anxiété) et les ruminations (associées à la dépression).

Section 5 : Principales étapes du traitement cognitif comportemental de la dépression

5.1 Évaluation (voir section 2)

5.2 L'information au patient : modèle cognitivo-comportemental (voir section 4)

5.3 Fixer des objectifs réalistes et préparer un plan de traitement

5.4 Prescrire des médicaments s'il y a lieu (voir section 3)

5.5 La démarche comportementale

Les principales étapes de la démarche comportementale (activation comportementale) dans le traitement de la dépression majeure sont les suivantes:

5.5.1 Bien expliquer la nature et l'objectif de l'approche comportementale

Plus un patient comprend la nature d'un traitement et les raisons pour lesquelles il est prescrit, plus il est motivé et porté à collaborer. On peut commencer à illustrer l'impact des comportements sur les émotions en présentant les deux cercles vicieux de la dépression.

5.5.2 Auto-observation

Remettre au patient la grille intitulée «Registre des activités quotidiennes» (*section 7.5*) pour débiter l'auto-observation

La première étape de l'activation comportementale est l'auto-observation. Grâce au registre des activités quotidiennes, le thérapeute pourra évaluer les comportements actuels du patient, c'est-à-dire jusqu'à quel point il est actif, ce qu'il fait, quand il le fait et quel est son degré de tristesse, de maîtrise ou de plaisir dans ces divers comportements. Les sphères d'activités les plus

importantes concernent l'hygiène de vie (est-ce que la personne mange convenablement, est-ce qu'elle fait un peu d'exercice, quand et comment dort-elle?), le travail (incluant la tenue de maison), la vie familiale, la vie sociale et les loisirs.

On demande au patient de remplir la grille jusqu'à la prochaine visite selon les objectifs du thérapeute et de coter au besoin les activités de zéro à dix selon le degré de maîtrise et de plaisir.

On peut, dès la première visite, recommander au patient, en même temps qu'aux membres de sa famille ou à ceux qui l'accompagnent, de ne pas rester inactif ou d'occuper son temps dans la mesure du possible. Quelques suggestions concrètes (petits travaux, sorties, exercices physiques, etc.) sont souvent utiles. C'est la planification des activités.

5.5.3 Discuter des activités présentes et passées et tracer un programme pour les jours à venir (planification des activités)

Discuter des activités présentes.

Lorsque le patient revient après quelques jours, on revoit avec lui son emploi du temps en se servant de la grille qu'il vient de remplir. Les déprimés sont souvent eux-mêmes frappés par le vide de leur vie présente qu'ils avaient plus ou moins remarqué jusque là. Le patient va souvent s'apercevoir que son humeur se détériore lorsqu'il est inactif et que la souffrance s'amenuise lorsqu'il s'active un peu ou lorsqu'il brise son isolement un tant soi peu.

Cette auto-observation constitue souvent une source de motivation significative.

Discuter des activités passées.

Quelles activités le patient a-t-il déjà pratiquées avec maîtrise et plaisir dans le passé puis délaissées à cause de son apathie? Sport, lecture, cuisine, sorties, etc.

Il peut être utile d'aider le patient à rédiger une liste d'activités qui lui ont déjà plu, qui pourraient lui plaire ou lui donner un sentiment de satisfaction. Des activités qui ont du sens pour lui et qui s'inscrivent bien dans son système de valeurs ont de meilleures chances de le motiver (section 7.6).

Tracer un programme d'activités pour les jours à venir.

À la lumière des informations recueillies, le thérapeute trace avec la personne un programme d'activités simples et faciles pour les quelques jours à venir en utilisant la méthodologie spécifique à la démarche comportementale :

a) Fixer au patient des buts précis et limités. L'inciter à entreprendre des petites tâches simples et faciles qu'il est presque certain de réussir et dont il tirera un peu de satisfaction.

b) Faire en sorte que ces tâches soient concrètes et mesurables. Exemples : Plutôt que de conseiller à un patient de faire de l'exercice, sans plus, on s'entend avec lui pour qu'il marche dix minutes, deux fois par jour, après le dîner ou le souper, à un endroit bien précis de son choix.

Plutôt que de lui demander de socialiser, on lui propose de visiter tel ami, tel soir précis de la semaine et de rester au moins une heure.

c) Prendre une attitude d'expérimentateur qui procède par «essai-erreur» et qui cherche à régler des problèmes (attitude «solution de problème») plutôt qu'à avoir raison. Si tout va bien, on poursuit en allant du plus simple au plus complexe. En cas d'échec, on réévalue ses buts (trop difficiles ou trop complexes), ses moyens (pas assez réalistes ou pas assez concrets), puis on les réajuste et on continue. Exemples : Attitude «solution de problème» : «Vous croyez ne pas être capable de laver la vaisselle et de mon côté je pense le contraire. Votre opinion est aussi bonne que la mienne. L'unique façon de savoir est d'essayer. Faites-en l'essai honnêtement».

Attitude «essai-erreur»: «Ça n'a pas marché la vaisselle? Vous n'avez essuyé que trois assiettes? Ce n'est déjà pas si mal! Voyons comment s'y prendre pour en faire plus. Il est plus important d'essayer que de réussir».

d) Il est le plus souvent préférable de prendre note par écrit des travaux à domicile sur lesquels on s'est entendu avec le patient et de demander à celui-ci d'en faire autant. Cette façon de procéder donne plus de sérieux à la prescription et permet de mieux suivre la bonne marche des travaux d'une séance à l'autre.

5.5.4 Augmentation graduelle des tâches (assignation des tâches graduées)

Si tout va bien, on augmente graduellement les tâches à tous les trois ou quatre jours ou à toutes les semaines jusqu'à ce que le patient soit revenu à une activité normale. En cours de route, on peut lui suggérer de déterminer lui-même ses tâches, par exemple de préparer tous les soirs après souper un horaire détaillé des activités de sa journée du lendemain (planification des activités).

S'il a tendance à procrastiner, il peut tenter de faire face aux défis en « décomposant » une tâche qui lui semble impossible à accomplir en plusieurs petites étapes. Par exemple, un patient déprimé qui est découragé parce qu'il doit faire réparer sa fournaise peut décider d'appeler ses proches pour obtenir des recommandations, puis le lendemain appeler des réparateurs, puis fixer un rendez-vous etc....

5.5.5 Implication de l'entourage dans le traitement

Si la chose est possible, il est souvent utile d'impliquer le conjoint, la famille ou les proches du déprimé pour l'assister dans le choix des tâches et surtout pour l'aider à en respecter l'exécution. Cette participation de l'entourage représente parfois la différence entre le succès et l'échec du traitement.

Soulignons ici que l'approche comportementale dans le traitement de la dépression peut sembler à première vue un peu fastidieuse, mais que dans la pratique on en tire le plus souvent d'excellents résultats concrets et immédiats. Il ne s'agit d'ailleurs là que de mesures élémentaires qui découlent du sens commun mais qui sont appliquées ici de façon plus systématique et plus méthodique que ne l'enseigne la sagesse populaire.

Par ailleurs, on sait que l'activation comportementale est la pierre angulaire du traitement cognitivo-comportemental de la dépression. Lorsqu'on a comparé l'efficacité de l'activation comportementale à un protocole de traitement qui incluait aussi la restructuration cognitive, les deux approches étaient aussi efficaces l'une que l'autre tant à court terme qu'à long terme. L'activation comportementale est par ailleurs particulièrement indiquée dans le traitement de la dépression majeure sévère où elle semble même plus efficace que la thérapie cognitive.

5.6 La démarche cognitive

Lorsque le patient aura bien intégré les principes de l'activation comportementale, le thérapeute pourra procéder à la prochaine étape, soit l'approche cognitive. La psychothérapie cognitive de la dépression consiste avant tout à apprendre au déprimé à raisonner de façon plus rigoureuse et plus nuancée. Elle comporte trois étapes principales.

5.6.1 La restructuration cognitive superficielle (c.-à-d. au niveau des pensées immédiates) non systématisée

Au cours de cette étape, le thérapeute travaille à un niveau très superficiel sur les erreurs logiques immédiatement évidentes chez son patient et qui se situent généralement dans le cadre

de la triade de Beck. Plus la dépression est sévère, plus les erreurs logiques sont abondantes et souvent grossièrement irréalistes. Le thérapeute identifie celles qui semblent nuire davantage au patient et il se sert avec nuance du questionnement socratique pour l'amener à raisonner de façon plus réaliste et, par conséquent, moins dommageable pour lui et son entourage. Ces questions sont généralement regroupées autour des trois thèmes les plus familiers à l'approche cognitive : Quelle est l'évidence pour ou contre cette idée? Serait-il possible de le voir autrement? Et si cela arrivait, quelles en seraient les conséquences?

a) *Quelle est l'évidence pour ou contre cette idée?*

Dans cette catégorie, on retrouve les questions cherchant à vérifier la justesse de l'affirmation du sujet:

- Est-ce bien vrai?
- Sur quelles preuves vous basez-vous pour dire cela?
- Êtes-vous bien sûr?
- En quoi êtes-vous obligé?
- Les choses se sont-elles vraiment passées comme cela?
- Y a-t-il une loi qui dise cela?
- Ne seriez-vous pas porté à exagérer?
- Vos sources d'information sont-elles bonnes?
- Ne remplacez-vous pas des probabilités par des certitudes?

Etc.

Cette catégorie de questions permet d'abord au thérapeute d'obtenir de l'information sur la façon dont le patient perçoit et déforme la réalité. Il peut rapidement se rendre compte de la nature exacte de ses erreurs logiques, de ses hypothèses fausses ou des informations erronées sur lesquelles il appuie son raisonnement. À partir de là, en lui fournissant une information plus exacte, ou de préférence en continuant son questionnement, il peut l'amener à réaliser ses erreurs et à remplacer ses fausses interprétations par d'autres plus conformes à la réalité.

Exemple : «Est-il bien vrai que vous êtes un misérable individu parce que vous avez perdu votre emploi? Sur quoi vous basez-vous pour dire cela? Les gens qui perdent un emploi sont-ils tous des incapables? Est-il exact de dire que tous les membres de votre entourage vont vous juger sévèrement? Etc.»

- b) *Serait-il possible de le voir autrement?*
- Pourrait-il y avoir d'autres explications?
 - Que ferait une autre personne à votre place?
 - Pourrait-on imaginer d'autres solutions?
 - Ce que vous dites-là est une hypothèse valable. Y en aurait-il d'autres?
 - En vous mettant à la place de votre patron, quel pourrait être son point de vue?
- Etc.

Surtout lorsqu'ils sont anxieux et déprimés, les êtres humains ont souvent une perspective très étroite et très limitée de la réalité «qui se compare davantage à la vision d'un ver de terre plutôt qu'à celle d'un oiseau», comme le dit Emery (1985, p. 206). Cette catégorie de questions a donc pour but de leur aider à modifier leurs perspectives pour pouvoir aborder sous des angles différents ce qu'ils considèrent comme des situations sans issue ou des problèmes insolubles.

Exemple : «Sur quoi vous basez-vous pour dire que vous ne pourrez jamais vous débrouiller seule suite au décès de votre mari? Pendant sa longue maladie, n'avez-vous pas réussi avec succès à vous occuper de la maison, du budget et à le visiter régulièrement? Il est vrai que son décès constitue une perte importante pour vous mais voyons maintenant ce qui vous reste : trois enfants qui vous aiment et vous sont dévoués, plusieurs autres membres de votre famille et plusieurs amis. Êtes-vous vraiment seule au monde?»

- c) *Et si cela arrivait, quelles seraient les conséquences?*
- En mettant les choses au pire, qu'arriverait-il?
 - Admettons que vous ayez fait une erreur, est-ce si terrible?
 - Pourriez-vous quand même être heureux?
 - Votre avenir serait-il compromis à jamais?
 - Supposons que ce soit un échec, n'y aurait-il que des inconvénients à cette situation?
 - Y aurait-il moyen de vous adapter à cette situation?
 - Comment pourriez-vous faire face?
- Etc.

Le but de ce groupe de questions consiste à dédramatiser une difficulté, un péril ou une catastrophe présumée en démontrant que ses conséquences ne sont pas si terribles qu'il ne semble à première vue.

Exemple : «Qu'arriverait-il si votre conjoint vous quittait comme vous semblez tant le redouter? Serait-ce si terrible? Votre avenir serait-il compromis à jamais? Ne pourriez-vous pas être heureux quand même? Bien sûr il y aurait des inconvénients, mais cette situation ne présente-t-elle que des inconvénients? Examinons ensemble cette éventualité».

Cette première étape du traitement cognitif de la dépression n'est pas très loin de la psychothérapie de soutien, mais un thérapeute qui utilise ce type de questionnement est déjà plus efficace qu'un autre qui se contente d'écouter et de donner quelques conseils. Même si elle demeure superficielle, c'est une approche qui force le déprimé à réfléchir et à remettre en question les pensées irréalistes qui le desservent. Par contre, elle ne demande pas un trop grand effort si l'individu est trop malade ou peu motivé. Elle se prête bien à des interventions très brèves et elle ne nécessite pas une formation très poussée de la part du thérapeute.

5.6.2 La restructuration cognitive superficielle (c.-à-d. au niveau des pensées immédiates) systématisée

Cette étape survient surtout quand la dépression n'est pas ou n'est plus trop sévère et si le patient est capable de se concentrer et de raisonner convenablement. Un minimum de motivation est également nécessaire. De son côté, le thérapeute a besoin d'un peu plus de formation que pour la première étape. *Si le patient présente d'emblée les ressources nécessaires, l'étape précédente peut être escamotée.*

Ici l'intervention se situe encore à un niveau superficiel mais elle s'inspire davantage du modèle cognitif traditionnel de Beck. Ce dernier consiste, comme nous l'avons vu, à établir le lien entre les événements, les pensées, les émotions et les comportements, à prendre conscience des pensées lorsque surviennent des émotions dysfonctionnelles, à questionner leur validité et finalement à substituer des interprétations plus réalistes aux pensées irréalistes.

C'est cette modification des pensées irréalistes en pensées plus réalistes que l'on nomme «restructuration cognitive» et qui est à la fois le processus central en même temps que le but principal de la psychothérapie cognitive. On peut s'y prendre de toutes sortes de manières, mais la façon la plus courante demeure le «Tableau d'enregistrement des pensées automatiques ». C'est un instrument de travail simple, pratique et efficace.

Albert Ellis, le grand père de la thérapie cognitivo-comportementale propose au début des années soixante un «Tableau d'enregistrement des pensées dysfonctionnelles » (équivalent au tableau d'enregistrement des pensées automatiques). Fidèle à sa théorie événement, croyance,

émotion, Ellis suggère à ses patients de suivre une séquence en cinq étapes lorsque survient une émotion dysfonctionnelle. Il a donné à chaque étape un nom commençant par une des cinq premières lettres de l'alphabet : A - B - C - D - E. Le A correspond à la première étape, le B à la deuxième et ainsi de suite.

1. Quel est l'événement, la situation ou ce qu'on pourrait appeler l'occasion en langage cognitif dont résulte l'émotion? Ellis la nomme en anglais «*Activating event*» (A).

2. Quelles sont les pensées ayant jailli spontanément suite à cet événement? Ellis les nomme «*Belief*» (B) et Beck «pensées immédiates ou pensées automatiques».

3. Quelle émotion résulte de ces pensées immédiates? Ellis appelle cette étape «*Consequence*» (C).

4. Les pensées immédiates sont-elles vraies? Si elles ne le sont pas, par quelles autres pensées plus exactes pourrait-on les remplacer? De cette modification résulte la restructuration cognitive. Ellis la nomme «*Disputing*» (D).

5. L'émotion dysfonctionnelle en C est-elle la même ou a-t-elle diminué? Plus elle se sera atténuée, plus la restructuration cognitive aura été efficace. C'est l'étape de «l'Évaluation» (E) comme le dit Ellis.

Beck a repris et légèrement modifié le tableau de Ellis. Il a inversé B et C parce que pour la plupart des gens l'émotion est reliée plus spontanément à l'événement et aussi parce qu'en psychothérapie il est plus pratique de comparer les pensées immédiates et les pensées réalistes lorsqu'elles sont voisines l'une de l'autre. Beck demande également au patient de coter l'émotion avant et après la restructuration sur une échelle de zéro à cent. Il suggère de faire de même pour le degré de croyance en la pensée immédiate puis en la pensée réaliste. Selon la différence de pourcentage au niveau de chacune de ces étapes, on peut apprécier l'efficacité de la restructuration.

Nous vous proposons le tableau d'enregistrement des pensées automatiques de Padesky (tel qu'illustré dans son livre « Dépression et anxiété : comprendre et surmonter par l'approche cognitive) ([Greenberg & Padesky, 2005](#)) (section 7.7) car il permet au patient d'indiquer les faits qui

soutiennent et contredisent ses pensées automatiques. Ceci lui permet donc d'illustrer la démarche qui l'a amené à trouver une pensée alternative plus constructive.

Voici maintenant comment on peut utiliser concrètement ce tableau dans l'approche cognitive.

a) On explique d'abord au patient la relation entre l'événement, la croyance et l'émotion et on lui suggère de lire sur le sujet si ce n'est déjà fait. On facilite la compréhension en utilisant dès le début des exemples concrets s'inspirant d'émotions dysfonctionnelles qu'il a récemment vécues.

b) Lorsque la personne semble avoir bien saisi à un niveau théorique, on passe à la pratique en lui recommandant de remplir à domicile les trois premières colonnes du tableau d'enregistrement des pensées automatiques selon Beck. On lui suggère de noter les pensées immédiates tout de suite après la survenue de l'émotion parce qu'elles sont alors plus faciles à identifier. Si les circonstances ne s'y prêtent pas, on lui conseille de le faire dès les premiers moments libres au cours de la journée ou de la soirée.

c) On demande ensuite au patient d'apporter en entrevue le matériel ainsi recueilli et on le revoit en sa compagnie. On en profite pour corriger, nuancer et réexpliquer selon les besoins. On peut expliquer qu'au début, les émotions peuvent être amplifiées (puisque l'on observe les pensées et les émotions plutôt que les éviter) mais qu'on enseignera par la suite comment ré-évaluer les pensées pour pouvoir moduler l'émotion. En attendant, le patient peut se distraire lorsqu'il constate que les émotions sont trop pénibles (ex. se concentrer sur ce qui l'entoure etc...)

d) Lorsque le patient est finalement capable de reconnaître clairement ses émotions dysfonctionnelles, s'il les attribue non plus aux événements mais à ses pensées et s'il peut identifier sans trop de difficulté les pensées correspondant à chacune d'entre elles, il est alors prêt pour la restructuration cognitive en tant que telle.

e) Le thérapeute peut alors procéder de la façon suivante : il commence d'abord par identifier clairement toutes les émotions dysfonctionnelles consécutives à une situation donnée de même que les pensées qui les provoquent. Il importe de ne pas aborder deux familles d'émotions simultanément (i.e. la colère, la tristesse, l'anxiété, la culpabilité, la honte) si on ne veut pas se perdre en cours de route. Il demande au patient d'indiquer les faits qui l'amènent à voir les choses de cette façon. Puis il apprend au patient les manières de questionner la véracité l'utilité des pensées irréalistes à l'origine de chaque émotion dysfonctionnelle en commençant par celle qui affecte le plus le patient (la « hot thought » ou la pensée chaude). La restructuration se fait de la même façon qu'à l'étape précédente. Le thérapeute va apprendre au patient les façons de faire et l'accompagner dans cet apprentissage (voir section 7.8). On utilise le

questionnement socratique et on regroupe les questions autour des trois grands thèmes familiers en psychothérapie cognitive: Quelle est l'évidence pour ou contre cette idée? Serait-il possible de le voir autrement? Et si cela arrivait, quelles seraient les conséquences? Dans la mesure du possible, le questionnement socratique ou la discussion se poursuivent tant que le patient n'a pas modifié au moins partiellement sa croyance erronée.

f) Lorsque la restructuration est terminée, on inscrit les pensées plus réalistes dans la colonne intitulée « pensée alternative » et dans la dernière colonne on réévalue l'intensité de l'émotion et des pensées dysfonctionnelles en cotant à nouveau avec un chiffre allant de 0 à 100. Plus l'intensité aura diminué, plus la restructuration cognitive aura été efficace.

g) Entre les séances le patient suit une démarche identique. Il note ses pensées par écrit lorsque survient une émotion dysfonctionnelle et quand il a un moment libre il les restructure au meilleur de sa connaissance en utilisant le même tableau. Il apporte ses notes au thérapeute à leur prochaine rencontre et il les utilise avec l'aide de ce dernier pour corriger au besoin, nuancer ou pousser plus loin la restructuration.

h) Dans une dernière étape, les nouvelles croyances du patient sont utilisées pour modifier ses comportements dans la vie courante. C'est généralement ici que sont utilisées la démarche et les techniques comportementales (expériences comportementales). Cette étape, qui est essentielle, pourrait s'appeler « passage à l'action » ou « épreuve de la réalité ». Elle permet de valider les nouvelles hypothèses de travail. Exemple : « Nous avons vu que vous n'êtes pas autant dépourvu que vous le pensiez suite au décès de votre mari et que bien des personnes vous entourent et s'intéressent à vous. Que diriez-vous maintenant de tenter d'organiser davantage votre vie au quotidien? Par quelle activité aimeriez-vous commencer? Êtes-vous d'accord pour demander de l'aide à votre entourage? » (voir le tableau « Remettre en question les pensées négatives », p. 60).

Même si elle se situe à un niveau superficiel, cette seconde étape comporte plusieurs avantages. Lorsque la restructuration est plus systématisée et si elle est faite par écrit, elle devient beaucoup plus efficace et lorsqu'elle est bien menée, le patient en tire généralement un soulagement rapide. En comprenant mieux l'origine de ses émotions dysfonctionnelles, il réalise qu'il a le pouvoir de les atténuer et, par conséquent, de diminuer ses symptômes et sa souffrance, ce qui l'encourage et l'incite à continuer. Graduellement, il développe ainsi un outil qui lui est utile dans le présent mais qui peut aussi lui servir pour prévenir ou soigner des rechutes dans le futur.

5.6.3 La restructuration cognitive à un niveau plus introspectif (c.-à-d. à un niveau souvent plus inconscient)

Même si elle peut débiter un peu plus tôt, cette troisième étape est indiquée surtout lorsque le syndrome dépressif s'est atténué à nouveau au point de devenir léger ou en rémission complète. Son but est avant tout préventif, c'est-à-dire éviter les rechutes en modifiant les principales croyances dysfonctionnelles dépressogènes du patient. Elle est indiquée seulement si ce dernier est motivé et possède les ressources nécessaires pour une véritable thérapie introspective.

Une façon de procéder consiste à se servir du modèle cognitif de Beck. Au début le thérapeute utilise le tableau d'enregistrement des pensées automatiques de la même façon que nous venons de le décrire à la deuxième étape. Lorsque le patient s'est familiarisé avec cette approche et qu'il arrive à restructurer assez facilement les erreurs logiques contenues dans son discours intérieur, le thérapeute identifie les faits, interprétations, hypothèses et croyances contenues dans ce même discours et qualifiées de graves ou d'inacceptables par le patient. Sans chercher à les contrôler dans l'immédiat, il lui pose des questions ayant pour but d'identifier les croyances responsables de la dramatisation et de la non-acceptation. «En admettant que ce soit vrai, qu'est-ce que cela signifie pour vous? Pourquoi est-ce si grave, terrible et inacceptable?» Dans un premier temps, on identifie le plus souvent des croyances intermédiaires (règles de vie qui découlent des croyances fondamentales): règles ou exigences, présomptions et attitudes. Si on continue avec le même questionnement, on finit par identifier une ou plusieurs des croyances fondamentales (croyances absolues au sujet de soi, les autres, le monde et qui résultent de l'interaction entre la biologie de l'individu et ses expériences de vie) *qui favorisent* la dépression chez cette personne.

Exemple : Une personne souffre d'une dépression majeure après avoir perdu son emploi. Son état s'améliore, elle est motivée et le thérapeute entreprend une démarche introspective. «Pourquoi est-ce si grave d'avoir perdu votre emploi?» «Parce que j'ai l'air d'un raté aux yeux de tout le monde». (Présomption : «quelqu'un qui perd son emploi est considéré comme un raté par son entourage») «Pourquoi est-ce si terrible d'avoir l'air d'un raté aux yeux des autres?» «Parce que cela signifie que je suis un raté si tout le monde le pense.» (Croyance fondamentale : ma valeur comme être humain dépend de ce que les autres pensent de moi).

La réponse à la question : «Pourquoi est-ce si grave d'avoir perdu votre emploi?» aurait pu prendre des directions différentes. «C'est grave parce que je ne peux tolérer l'échec». Perfectionnisme et exigence élevées. «C'est grave parce que je ne peux me résigner à faire les démarches pour m'en trouver un autre». Faible niveau de tolérance aux contrariétés et à l'effort. Etc.

Comme on le voit, ce type de questionnement permet d'identifier les croyances fondamentales de la personne. Si on continue de la même façon avec plusieurs situations différentes, on finit par connaître en même temps que le patient l'ensemble de ses croyances fondamentales ou ce qu'on pourrait appeler son système de valeur. À partir de là, on l'aide à modifier les croyances les plus irréalistes et qui lui nuisent le plus en particulier celles qui ont contribué à causer sa dépression. De cette façon on réduit les possibilités de rechute dans le futur.

Il s'agit là d'un très bref aperçu pour nous permettre de comprendre un peu en quoi consiste une psychothérapie cognitive introspective. Dans la réalité clinique, il s'agit d'une démarche beaucoup plus complexe dont l'efficacité dépend en bonne partie du niveau de compétence et d'expérience du thérapeute. Elle nécessite un temps assez long surtout si on retrouve chez le patient des traits de personnalité pathologiques à l'axe II.

En terminant, voici quelques croyances dépressogènes selon Beck :

- Dans la vie, je suis une personne inférieure aux autres. Par conséquent, je dois compenser mon infériorité d'une façon ou d'une autre.
 - Pour être heureux, je dois sans cesse être aimé et réussir tout ce que j'entreprends.
 - Ma valeur comme être humain dépend de ce que les autres pensent de moi.
 - Si je fais une erreur, cela signifie que je suis stupide.
 - Si quelqu'un est en désaccord avec moi, cela signifie qu'il ne m'aime pas.
- Etc.

5.6.4 (facultative): cibler les ruminations

Lorsque le patient est en rémission, on peut aussi choisir de lui enseigner des techniques méditatives pour diminuer sa tendance à ruminer et ainsi possiblement diminuer les risques de rechute.

Dans les approches cognitivo-comportementales basées sur les principes qui sous-tendent la méditation, telles la thérapie cognitive basée sur la méditation (([Z. V. Segal, Williams, & Teasdale, 2013](#)), la thérapie dialectique comportementale ([M. Linehan, 1993](#); [M.M. Linehan, 2014](#)) ou la thérapie de l'acceptation et l'engagement (([Hayes, Strosahl, & Wilson, 2011](#)), on vise l'observation des pensées sans chercher à les modifier même si elles sont biaisées et dysfonctionnelles. L'individu est amené à constater que s'il évite de plonger dans le tourbillon

des pensées (c'est-à-dire ruminer ou s'inquiéter), les pensées finiront par se transformer et que sa position face aux pensées se modifiera également (par exemple, via un phénomène de distanciation). Il pourra alors agir de façon habile, selon ses valeurs. Ces approches intégratives et parcimonieuses sont utilisées entre autres dans le traitement de la dépression récurrente ([Z.V. Segal, Williams, Teasdale, & Kabat-Zinn, 2012](#)), du trouble de personnalité limite (([M. M. Linehan, 2000](#))) et de la psychose (Bach, 2002). Ces thérapies font partie de la troisième vague de la thérapie cognitivo-comportementale (la première vague étant la thérapie comportementale et la deuxième, les thérapies cognitivo-comportementales traditionnelles qui visent à évaluer et à modifier les pensées si elles sont dysfonctionnelles).

Le thérapeute pourra se baser sur le protocole décrit dans le livre de Segal, Williams et Teasdale ([Z.V. Segal et al., 2012](#)) et suggérer au patient la lecture de « Méditer pour ne plus déprimer » ([Williams, 2009](#)). Entre autres, il pourra enseigner le scan corporel (le patient se concentre sur les sensations présentes dans chaque partie du corps successivement), la méditation centrée sur la respiration (le patient se concentre sur chaque inspiration et sur chaque expiration, en y revenant chaque fois qu'il réalise qu'il était entraîné par le courant des pensées), des exercices de hatha yoga (se concentrer sur chaque mouvement et chaque position) et la marche méditative (se concentrer sur chaque pas). Comme les ressources attentionnelles sont limitées, le patient qui se concentre sur ces différents éléments est moins en mesure de consacrer de l'énergie aux ruminations qui favorisent l'apparition et le maintien de la dépression.

5.7 Terminaison et prévention des rechutes

Plusieurs mesures simples peuvent favoriser le maintien des acquis à long terme.

1. *Entrevues de consolidations (booster sessions)*

Une à deux entrevues de consolidation, trois, six ou 12 mois après la fin de la thérapie peuvent aider le patient à garder de bonnes habitudes.

2. *Résumé de la thérapie (section 7.12)*

On peut inviter le patient à faire un résumé de ce qui lui a été le plus utile en thérapie. Il pourra référer ultérieurement à ce résumé en cas de difficultés.

3. *Fiche thérapeutique (coping card) de prévention de rechute (section 7.13)*

Le patient peut aussi se préparer une petite fiche thérapeutique intitulée : «En cas de rechute». Cette fiche peut être séparée en deux parties. La première partie présente une liste des symptômes qui peuvent indiquer un risque de rechute. La seconde partie énumère les principales mesures à mettre en place et les pièges à éviter en cas de rechute.

Section 6 : Déroulement du traitement

Le déroulement du traitement varie d'un patient à l'autre. Le plan qui suit est présenté à titre indicatif.

Une dépression majeure peut être d'intensité sévère, modérée ou légère.

A. *Si l'intensité est sévère, le traitement comprend généralement quatre principaux aspects :*

1. La prescription d'une médication antidépressive, sédatrice ou antipsychotique selon les besoins.
2. La prise de mesures d'urgence si nécessaire.
3. La psychothérapie comportementale : il s'agit avant tout de garder le patient occupé et de l'inciter à socialiser.
4. La psychothérapie cognitive : le thérapeute se limite généralement ici à une psychothérapie cognitive superficielle non systématisée centrée sur les symptômes résultant de la triade de Beck.

L'intensité peut se situer de modérée à légère suite à l'amélioration d'une dépression majeure sévère ou d'emblée en début de traitement.

B. *L'intensité se situe de modérée à légère suite à l'amélioration d'une dépression majeure sévère. Ici, le traitement comprend généralement trois principaux aspects :*

1. Le suivi pharmacologique à court, moyen et long terme.
2. La poursuite de la psychothérapie comportementale tant que le sujet n'a pas retrouvé un rythme d'activités normal.
3. La poursuite de la psychothérapie cognitive qui peut évoluer d'un niveau superficiel non systématisé jusqu'à un niveau introspectif. Cette évolution varie selon les besoins, les ressources et la motivation du patient ou selon les connaissances et les disponibilités du thérapeute.

C. *L'intensité se situe de modérée à légère d'emblée. Ici le traitement comporte également trois principaux aspects :*

1. La prescription d'une médication selon les besoins.
2. La psychothérapie comportementale. Si le sujet est inactif et s'isole, ici aussi la psychothérapie comportementale aura pour but de l'inciter à s'occuper ainsi qu'à socialiser et elle durera tant que la personne ne sera pas revenue à un rythme d'activité normal. Elle est généralement moins nécessaire et de moins longue durée lorsque la dépression est modérée ou légère d'emblée.
3. La psychothérapie cognitive. Celle-ci débute généralement à un niveau superficiel pour devenir de plus en plus introspective selon les besoins et les limites du sujet ou celles du thérapeute.

Voyons maintenant à tour de rôle les différentes étapes du traitement de ces trois types de dépression majeure.

A) ÉTAPES DU TRAITEMENT DE LA DÉPRESSION MAJEURE DONT L'INTENSITÉ EST SÉVÈRE

1^{re} ENTREVUE

1. Histoire de cas habituelle (incluant risque suicidaire, la liste des problèmes et des objectifs de traitement tels que déclinés par le patient).
2. Éliminer l'organicité.
3. Poser le diagnostic.
4. Expliquer le diagnostic.
5. Rencontrer le conjoint et les membres de la famille ou de l'entourage s'ils sont disponibles et s'assurer de leur collaboration dans la mesure du possible.
6. Évaluer les objectifs et les attentes du patient et de la famille.
7. Décrire les grandes lignes du plan de traitement en conciliant les objectifs du patient et de la famille avec ceux du thérapeute. Décrire le modèle cognitivo-comportemental.
8. Prescrire la médication indiquée.
9. Prendre les mesures d'urgence qui s'imposent :
 - Hospitalisation.
 - Garde préventive
 - Arrêt de travail.
 - Empêcher les prises de décision trop brusques inspirées par la pathologie : séparation du conjoint, vente d'un commerce ou de la maison, etc.
 - Etc.
10. Compléter avec le patient les inventaires de Beck pour la dépression et l'anxiété.
11. Travaux à domicile :
 - Présenter les cercles vicieux de la dépression.
 - Remettre au patient un exemplaire du registre des activités quotidiennes et lui demander de le compléter régulièrement jusqu'à la prochaine entrevue.
 - Lui recommander de ne pas rester trop inactif et de socialiser dans la mesure du possible. Surveiller l'hygiène de vie, en particulier l'alimentation et le sommeil. Ces

recommandations ont intérêt à être faites devant les membres de la famille qui assument un rôle de surveillance et de soutien.

- Remettre au patient une copie de l'inventaire de Beck pour la dépression et lui demander de la compléter peu de temps avant la prochaine rencontre. Continuer de la sorte à chaque rencontre pour surveiller l'évolution de la symptomatologie tant que l'état du patient ne s'est pas considérablement amélioré.
 - Remettre au patient un document expliquant la nature de la TCC
12. Dans la dépression majeure sévère, il est généralement préférable de rencontrer le patient plus qu'une fois par semaine tant que le traitement n'a pas commencé à produire son effet si c'est possible.

2^e ENTREVUE

1. Suivi.

Suivi signifie ici, comme dans les entrevues qui vont suivre, de s'informer sur l'évolution de la situation en général et de la symptomatologie en particulier. Revoir soigneusement l'inventaire de Beck complété avant la rencontre. Assurer le suivi pharmacologique. Compléter au besoin les formules d'assurance ou autres documents, ce qu'il est préférable de faire en début d'entrevue.

2. Revoir avec le patient le registre des activités quotidiennes complété au cours des derniers jours. Noter les activités plaisantes et valorisantes. Faire le lien entre les activités et l'humeur. Questionner le patient sur ses activités préférées et son emploi du temps avant le début de la maladie. Se servir de ces informations pour débiter le traitement comportemental de la dépression de façon systématique.

- a) Bien expliquer la nature et l'objectif du traitement : s'occuper et socialiser le plus possible pour en revenir à un emploi du temps comparable à celui qui était présent avant le début de la maladie.
- b) Tracer un programme pour les jours à venir (planification des activités).
- c) Augmenter graduellement les tâches (assignation des tâches graduées). On peut cibler les tâches évitées par le patient parce qu'elles lui semblent insurmontables (procrastination)
- d) Impliquer l'entourage dans le traitement.
- e) Continuer d'utiliser le registre des activités quotidiennes pour vérifier l'efficacité et la progression du traitement comportemental.
- f) Continuer de la sorte tant que le patient n'est pas revenu à un emploi du temps comparable à celui qui existait avant le début de la maladie.

3. Début de la restructuration cognitive à un niveau superficiel non systématisé. Cibler en particulier sur les pensées et les émotions relevant de la triade de Beck :

- Je ne vauds pas cher ou je ne vauds rien.
- L'entourage est impuissant ou hostile.
- Je ne m'en sortirai pas.

On cible surtout celles qui engendrent un désespoir et celles qui empêchent le patient de s'activer. On amène le patient à faire le lien entre les pensées et les émotions.

4. Travaux à domicile :
- a) Remplir les tâches dont il a été convenu dans le cadre du traitement comportemental. Compléter régulièrement le registre des activités quotidiennes.
 - b) Commencer à questionner le bien-fondé des pensées dysfonctionnelles issues de la triade de Beck. Le faire par écrit si possible.
 - c) Compléter l'inventaire de Beck pour la dépression.

3^e ENTREVUE ET ENTREVUES SUIVANTES

Même si ce n'est pas toujours le cas, les symptômes de la dépression majeure sévère commencent généralement à entrer dans l'ordre après de trois à six semaines suite à l'effet combiné du traitement pharmacologique et psychothérapique. Tant qu'une amélioration évidente et un peu persistante ne s'est pas manifestée, le thérapeute poursuit le traitement en insistant sur les trois aspects suivants :

1) *Suivi*. Continuer de compléter un inventaire de Beck pour la dépression avant chaque séance et s'en servir pour suivre l'évolution de la symptomatologie. Surveiller de près les effets secondaires des médicaments. Ajuster la médication au besoin.

2) *Psychothérapie comportementale*. Augmenter graduellement les tâches du patient ayant pour but de favoriser un meilleur emploi du temps et une meilleure socialisation.

3) *Continuer la psychothérapie cognitive à un niveau superficiel non systématisé*. Inciter dans la mesure du possible le patient à écrire entre les séances ses pensées automatiques sur une moitié de feuille de papier et à les restructurer sur l'autre moitié. Commencer à expliquer le système événement, pensées, émotions et quelles sont les principales émotions dysfonctionnelles ainsi que les pensées dont elles découlent.

B) ÉTAPES DU TRAITEMENT DU TROUBLE DÉPRESSIF MAJEUR DONT L'INTENSITÉ EST PASSÉE DE MODÉRÉE À LÉGÈRE APRÈS AVOIR ÉTÉ SÉVÈRE

De façon nécessairement arbitraire, on situe cette seconde étape après quatre semaines de traitement (9^{ème} session si on voit le patient deux fois par semaine, 4^{ème} session si on le voit une fois par semaine). Ici on prend pour acquis que la symptomatologie s'est sensiblement améliorée et que le patient peut se concentrer et raisonner sans trop de difficulté.

4^e ENTREVUE

1. Suivi. Continuer le suivi de la médication et de la symptomatologie comme à l'habitude. L'utilisation à chaque entrevue de l'inventaire de Beck pour la dépression n'est généralement plus nécessaire rendu ici.
2. Continuer le traitement comportemental et le terminer lorsque le patient en est arrivé à un niveau d'activité comparable à celui qui existait avant le début de la maladie.
3. Si le patient est motivé, passer au second niveau d'intervention de l'approche cognitive, c'est-à-dire le niveau superficiel systématisé. On peut procéder de la façon suivante :
 - a) Enseigner au patient, si ce n'est pas déjà fait, les principes fondamentaux de l'approche cognitive, en particulier :
 - Le système événement, pensées, émotions.
 - On peut enseigner les principales émotions dysfonctionnelles et les pensées automatiques dont elles découlent.
 - Le tableau d'enregistrement des pensées automatiques (TEPA)
 - b) On remplit un TEPA avec le patient et on lui remet une copie du tableau d'enregistrement des pensées automatiques. On lui demande de le compléter à domicile au niveau des trois premières colonnes lorsque surviennent des émotions dysfonctionnelles. On peut lui dire que si les émotions sont trop

intenses, il peut utiliser des techniques de distraction (par exemple, se concentrer sur l'environnement).

4. Selon les besoins, d'autres types d'interventions peuvent également être indiqués rendu à cette étape :

- Apprentissage de l'affirmation de soi.
- Utilisation d'une technique de résolution de problème.
- Entrevues de couple.
- Etc.

5. Travaux à domicile :

- a) Terminer les tâches découlant de l'approche comportementale si ce n'est déjà fait.
- b) Compléter le tableau d'enregistrement des pensées automatiques tous les jours pendant 15 à 30 minutes au moment où surviennent les émotions dysfonctionnelles ou en fin de journée.

5^e ENTREVUE

1. Suivi.
2. Revoir les tableaux d'enregistrement des pensées automatiques complétés sur trois colonnes par le patient en commençant par ceux qu'il juge les plus importants. Corriger et expliquer au besoin. Répondre aux questions.
3. Enseigner la restructuration cognitive au niveau des erreurs logiques/biais d'interprétation (niveau superficiel systématisé).
4. Travail à domicile :
Compléter le tableau d'enregistrement des pensées automatiques sur cinq colonnes tous les jours pendant 15 à 30 minutes ou plus.

6^{ème}-10^{ème} ENTREVUES

1. Suivi.
2. Revoir les tableaux d'enregistrement des pensées automatiques complétés sur cinq colonnes par le patient en commençant par ceux qu'il juge les plus importants. Expliquer et corriger au besoin. Répondre aux questions.
3. Continuer d'enseigner la restructuration cognitive au niveau superficiel systématisé tant que le patient n'est pas familiarisé et à l'aise dans ce type de restructuration.
4. Une fois que le patient peut sans difficulté restructurer à un niveau superficiel, passer à un niveau intermédiaire : les croyances conditionnelles (les énoncés de type : si...alors) et les règles (je dois...on doit...). Dans la thérapie émotivo-rationnelle, on cible alors les attitudes dysfonctionnelles de base d'Ellis : dramatisation, non-acceptation, exigences rigides et jugements globaux sur la valeur personnelle.
5. Travail à domicile :
Restructuration cognitive aux niveaux superficiel et intermédiaire pendant 15 à 30 minutes par jour ou plus.

11^{ème}-14^{ème} ENTREVUES (OU PLUS)

1. Suivi.
2. Revoir avec le patient son travail sur la restructuration aux niveaux superficiel et intermédiaire. Expliquer et corriger au besoin. Répondre aux questions. Utiliser l'approche socratique. Continuer dans cette direction tant que le patient n'est pas familiarisé et à l'aise dans ce début de psychothérapie cognitive introspective.
3. Commencer graduellement à identifier et à restructurer les croyances fondamentales du patient en insistant sur les croyances les plus fréquemment rencontrées dans la dépression : je suis un incapable, je ne suis pas aimable et je n'ai pas les ressources nécessaires pour m'en sortir. En examiner l'origine et évaluer leur impact sur la vie du patient. Enoncer une croyance alternative plus adaptée.
4. Travail à domicile :
Continuer la restructuration cognitive à domicile aux divers niveaux d'intervention pendant 15 à 30 minutes par jour ou plus.

15^{ème}-18^{ème} ENTREVUES (OU PLUS)

1. Suivi.
2. Continuer la restructuration cognitive à tous les niveaux en insistant en particulier sur les croyances fondamentales. Persister tant que le patient n'est pas familier et à l'aise dans l'identification et la restructuration de ses principales croyances fondamentales.
3. Compléter la restructuration cognitive par le passage à l'action dans la vie de tous les jours. On peut utiliser ici l'apprentissage à l'affirmation de soi ou aux habiletés sociales, des techniques de résolution de problème ou de désensibilisation ou encore d'autres façons de passer à l'action.
4. Aborder en cours de route les problématiques plus spécifiques à chaque patient : retour sur le marché du travail, problèmes de couple ou autres difficultés interpersonnelles, dégâts causés par l'épisode dépressif, remises en question suite à l'épisode dépressif, etc.
5. Lorsqu'on s'achemine vers la terminaison, aborder les craintes concernant la fin du traitement et demander au patient de compléter à nouveau les inventaires de Beck pour la dépression et l'anxiété.
6. Travaux à domicile :
 - Continuer la restructuration cognitive quotidienne pendant 15 à 30 minutes par jour ou plus et compléter par le passage à l'action selon les besoins.
 - Compléter les inventaires de Beck pour la dépression et l'anxiété.
 - Si on s'achemine vers la terminaison, demander au patient de repasser les principales étapes du traitement et les moyens utilisés pour modifier les pensées, croyances et émotions dysfonctionnelles. En quoi la restructuration cognitive a-t-elle permis de modifier des comportements et des situations dans la vie quotidienne? Comment la psychothérapie a-t-elle modifié les relations interpersonnelles? Comment utiliser ces outils dans le futur si des difficultés se présentaient à nouveau?

TERMINAISON

1. Suivi.
2. Revoir les inventaires de Beck complétés par le patient. Si les résultats sont insatisfaisants, réévaluer la situation et reprendre au besoin certains aspects du traitement.
3. Revenir sur les craintes face à la terminaison si nécessaire.
4. Assurer le suivi pharmacologique au long cours (thérapeute ou médecin de famille).
5. Revoir avec le patient les principales étapes du traitement (résumé de thérapie) :
 - Moyens utilisés pour modifier les pensées, croyances et émotions dysfonctionnelles.
 - Moyens utilisés pour modifier les comportements dysfonctionnels et améliorer les relations interpersonnelles.
 - Comment utiliser ces outils dans le futur si des difficultés se présentent à nouveau?
6. Prévoir des entrevues de suivi si indiquées (*booster sessions*).
7. Fiche de prévention des rechutes :
 - Qu'est-ce qu'une rechute?
 - Possibilités d'une rechute?
 - Symptômes laissant présager une rechute.
 - Comment utiliser les outils appris pendant le traitement en cas de rechute.
 - Quand et qui consulter si nécessaire.

C) ÉTAPES DU TRAITEMENT DE LA DÉPRESSION MAJEURE DONT L'INTENSITÉ SE SITUE D'EMBLÉE DE MODÉRÉE À LÉGÈRE

Le traitement de cette forme de dépression est relativement semblable à celui de la dépression sévère qui devient graduellement modérée puis légère. Les principales différences sont les suivantes :

1. Les mesures d'urgence sont moins nécessaires et moins nombreuses.
2. L'enseignement des principes de l'activation comportementale est généralement de plus courte durée (même si on peut assigner un devoir comportemental à chaque session).
3. La psychothérapie cognitive se situe moins longtemps à un niveau superficiel non systématisé et évolue plus rapidement vers une psychothérapie introspective quand c'est indiqué.
4. Le passage à l'action s'effectue plus rapidement.
5. La durée globale du traitement est moins longue.

1^{re} ENTREVUE

Étape

1. Histoire de cas habituelle.
- 2.
3. ...
4. Travaux à domicile :
 - a. Demander de compléter les questionnaires
 - b. Demander de rédiger une liste d'objectifs thérapeutiques.
 - c. Remettre les lectures appropriées
 - d. ...

2^e ENTREVUE

Étapes

- 1.
2. ...
3. Travaux à domicile :
 -
 -

Section 7 : Instruments de mesure et outils de traitement

7.1 Inventaire de Beck pour la dépression

INVENTAIRE DE BECK POUR LA DÉPRESSION

Nom : _____

Date : _____

Résultat : _____

Ceci est un questionnaire contenant plusieurs groupes de phrases. Pour chacun des groupes :

1. Lisez attentivement toutes les phrases.
2. Placez un «X» dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous vous sentez depuis une semaine et dans le moment présent.
3. Si plusieurs phrases vous conviennent, placez un «X» à chacune.

| | | | | | |
|-----|--|--|-----|---|---|
| 1. | 0 () 1 () 2 () 2 () 3 () | Je ne me sens pas triste. Je me sens morose ou triste. Je suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre d'aplomb. Je suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal. Je suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter. | 11. | 0 () 1 () 2 () 3 () | Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude. Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire. Je me sens irrité(e) tout le temps. Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement. |
| 2. | 0 () 1 () 2 () 2 () 3 () | Je ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur. Je me sens découragé(e) à propos du futur. Je sens que je n'ai rien à attendre du futur. Je sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés. Je sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer. | 12. | 0 () 1 () 2 () 3 () | Je n'ai pas perdu intérêt aux autres. Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant. J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux. J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout. |
| 3. | 0 () 1 () 2 () 2 () 3 () | Je ne sens pas que je suis un échec. Je sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens. Je sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque. Quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs. Je sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme). | 13. | 0 () 1 () 2 () 3 () | Je prends des décisions aussi bien que d'habitude. J'essaie de remettre à plus tard mes décisions. J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions. Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout. |
| 4. | 0 () 1 () 2 () 2 () 3 () | Je ne suis pas particulièrement mécontent(e). Je me sens «tanné(e)» la plupart du temps. Je ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant. Je n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit. Je suis mécontent(e) de tout. | 14. | 0 () 1 () 2 () 3 () | Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant. Je m'inquiète de paraître vieux(vieille) et sans attrait. Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attrait. Je me sens laid(e) et répugnant(e). |
| 5. | 0 () 1 () 1 () 2 () 3 () | Je ne me sens pas particulièrement coupable. Je me sens souvent mauvais(e) ou indigne. Je me sens plutôt coupable. Je me sens mauvais(e) et indigne presque tout le temps. Je sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne. | 15. | 0 () 1 () 1 () 2 () 3 () | Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant. J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose. Je ne travaille pas aussi bien qu'avant. J'ai besoin de me pousser fort pour faire quoi que ce soit. Je ne peux faire aucun travail. |
| 6. | 0 () 1 () 2 () 3 () 3 () | Je n'ai pas l'impression d'être puni(e). J'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver. Je sens que je suis ou serai puni(e). Je sens que je mérite d'être puni(e). Je veux être puni(e). | 16. | 0 () 1 () 2 () 3 () | Je peux dormir aussi bien que d'habitude. Je me réveille plus fatigué(e) que d'habitude. Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir. Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de cinq heures. |
| 7. | 0 () 1 () 1 () 2 () 3 () | Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même. Je suis déçu(e) de moi-même. Je ne m'aime pas. Je suis dégoûté(e) de moi-même. Je me hais. | 17. | 0 () 1 () 2 () 3 () | Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude. Je me fatigue plus facilement qu'avant. Je me fatigue à faire quoi que ce soit. Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit. |
| 8. | 0 () 1 () 2 () 3 () | Je ne sens pas que je suis pire que les autres. Je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs. Je me blâme pour mes fautes. Je me blâme pour tout ce qui m'arrive de mal. | 18. | 0 () 1 () 2 () 3 () | Mon appétit est aussi bon que d'habitude. Mon appétit n'est plus aussi bon que d'habitude. Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant. Je n'ai plus d'appétit du tout. |
| 9. | 0 () 1 () 2 () 2 () 3 () 3 () | Je n'ai aucune idée de me faire du mal. J'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrais pas à exécution. Je sens que je serais mieux mort(e). Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e). J'ai des plans définis pour un acte suicidaire. Je me tuerais si je le pouvais. | 19. | 0 () 1 () 2 () 3 () | Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu dernièrement). J'ai perdu plus de 5 livres. J'ai perdu plus de 10 livres. J'ai perdu plus de 15 livres. |
| 10. | 0 () 1 () 2 () 3 () | Je ne pleure pas plus que d'habitude. Je pleure plus maintenant qu'auparavant. Je pleure tout le temps maintenant. Je ne peux plus m'arrêter. Auparavant, j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux. | 20. | 0 () 1 () 2 () 3 () | Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude. Je suis préoccupé(e) par des maux ou des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation. Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose. Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens. |
| | | | 21. | 0 () 1 () 2 () 3 () | Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe. Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant. Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant. J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe. |

7.2 Inventaire de Beck pour l'anxiété

INVENTAIRE DE BECK POUR L'ANXIÉTÉ

Nom : _____ Date : _____ Résultat : _____

Voici une liste de symptômes courants dus à l'anxiété. Veuillez lire chaque symptôme attentivement. Indiquez, en encerclant le chiffre approprié, à quel degré vous avez été affecté par chacun de ces symptômes *au cours de la dernière semaine*, aujourd'hui inclus.

| Au cours des 7 derniers jours, j'ai été affecté(e) par... | | Pas du tout | Un peu Cela ne m'a pas beaucoup dérangé(e) | Modérément C'était très déplaisant mais supportable | Beaucoup Je pouvais à peine le supporter |
|---|---|-------------|---|--|---|
| 1. | Sensations d'engourdissement ou de picotement | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. | Bouffées de chaleur | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. | « Jambes molles », tremblements dans les jambes | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. | Incapacité de se détendre | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. | Crainte que le pire ne survienne | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. | Étourdissement ou vertige, désorientation | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. | Battements cardiaques marqués ou rapides | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. | Mal assuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. | Terrifié(e) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. | Nervosité | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. | Sensation d'étouffement | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. | Tremblements des mains | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. | Tremblements, chancelant(e) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. | Crainte de perdre le contrôle de soi | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. | Respiration difficile | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. | Peur de mourir | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. | Sensation de peur, « avoir la frousse » | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. | Indigestion ou malaise abdominal | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. | Sensation de défaillance ou d'évanouissement | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. | Rougisement du visage | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21. | Transpiration (non associée à la chaleur) | 0 | 1 | 2 | 3 |

Utilisé par le Laboratoire d'Étude du Trauma
Traduction française : Mark Freeston (1989)

COMMENT INTERPRÉTER LES RÉSULTATS
DES INVENTAIRES DE BECK
POUR LA DÉPRESSION ET L'ANXIÉTÉ

| | |
|--------------|--|
| 0 à 9 : | normal |
| 10 à 19 : | dépression ou anxiété légères |
| 20 à 25 : | dépression ou anxiété modérées |
| 26 à 29 : | dépression ou anxiété modérées à sévères |
| 30 à 40 : | dépression ou anxiété sévères |
| 41 ou plus : | dépression ou anxiété très sévères |

Ces inventaires ne sont pas des outils diagnostiques doivent être utilisés dans un contexte avant tout clinique et les chiffres ci-dessus ne constituent que des repères permettant de mieux se situer pour ceux qui sont moins familiers avec ces échelles de mesure.

7.3 PHQ-9

QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ DU PATIENT-9 (PHQ - 9)

Nom : _____ Date : _____

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants?

(Utilisez un « ✓ » pour indiquer votre réponse)

| | Jamais | Plusieurs jours | Plus de sept jours | Presque tous les jours |
|--|--------|-----------------|--------------------|------------------------|
| 1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Se sentir triste, déprimé(e) ou désespéré(e) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou trop dormir | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Se sentir fatigué(e) ou avoir peu d'énergie | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Peu d'appétit ou trop manger | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Mauvaise perception de vous-même ou vous pensez que vous êtes un perdant ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Difficultés à se concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Vous bougez ou parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer. Ou au contraire vous êtes si agité(e) que vous bougez beaucoup plus que d'habitude | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Vous avez pensé que vous seriez mieux mort(e) ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre | 0 | 1 | 2 | 3 |

_____ 0 _____ + _____ + _____ +

= TOTAL : _____

Si vous avez coché au moins un des problèmes nommés dans ce questionnaire, répondez à la question suivante : dans quelle mesure ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu difficile(s) votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à bien vous entendre avec les autres?

Pas du tout
difficile(s)

☐

Plutôt
difficile(s)

☐

Très
difficile(s)

☐

Extrêmement
difficile(s)

☐

Mis au point par les Drs Robert L. Spitzer, Janet B. Williams et Kurt Kroenke et collègues, et une bourse d'étude de Pfizer Inc. Aucune permission requise pour reproduire, traduire, afficher ou distribuer.

7.4 Questionnaire sur la maladie bipolaire (*Mood Disorder Questionnaire*)



Clinique des maladies affectives

Questionnaire sur la maladie bipolaire

| A. Avez-vous déjà connu une période dans votre vie où vous n'avez pas été comme vous êtes d'habitude, et où ... | | Oui | Non |
|---|--|-----|-----|
| 1. | ...vous vous êtes senti tellement bien, tellement excité que les autres ont pensé que vous n'étiez pas comme vous êtes normalement, ou tellement excité que cela vous a amené des problèmes? | | |
| 2. | ...vous avez été irritable au point de crier après les gens ou de provoquer des disputes ou des bagarres? | | |
| 3. | ...vous avez eu beaucoup plus confiance en vous que d'habitude? | | |
| 4. | ...vous avez dormi beaucoup moins sans vraiment ressentir que vous manquiez de sommeil? | | |
| 5. | ...vous avez parlé plus vite ou beaucoup plus que d'habitude? | | |
| 6. | ...vos pensées sont allées très vite et vous avez été incapable de les ralentir? | | |
| 7. | ...vous avez été facilement distrait par tout ce qui se passait autour de vous, au point d'avoir du mal à vous concentrer ou à maintenir la direction de vos pensées? | | |
| 8. | ...vous avez eu beaucoup plus d'énergie que d'habitude? | | |
| 9. | ...vous avez été beaucoup plus actif ou vous avez fait beaucoup plus de choses que d'habitude? | | |
| 10. | ...vous avez été beaucoup plus sociable ou extraverti que d'habitude, par ex : vous avez téléphoné à des amis au milieu de la nuit? | | |
| 11. | ...vous avez été beaucoup plus intéressé par le sexe que d'habitude? | | |
| 12. | ...vous avez fait des choses inhabituelles pour vous ou que les autres auraient pu trouver excessives, bizarres ou risquées? | | |
| 13. | ...vous avez dépensé beaucoup d'argent au point de vous amener des problèmes, à vous ou à votre famille? | | |
| <p>B. Si vous avez répondu OUI à plus d'une réponse ci-dessus, est-ce que plusieurs de ces caractéristiques se sont produites durant la même période? <i>Encerclez une réponse.</i> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> OUI NON </div> </p> | | | |
| <p>C. A quel point ces comportements ou impressions vous ont-ils causé des problèmes? Par exemple : être incapable de travailler; avoir des problèmes familiaux, légaux, d'argent; avoir des disputes ou des bagarres? <i>Cochez une seule réponse.</i></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Aucun problème <input type="checkbox"/> Problème mineur </div> <div> <input type="checkbox"/> Problème modéré <input type="checkbox"/> Problème sérieux </div> </div> | | | |

Réf. : Hirschfeld, R.M.; Williams, J.B. al. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder : the Mood Disorder Questionnaire. American Journal of Psychiatry. 2000 Nov; 157(11) : 1873-5
 Traduction et adaptation : Gaëtan Grondin, m.d., André Tremblay, i.s., J. Leblanc, m.d., Clinique des maladies affectives, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Juillet 2004

7.5 Registre des activités quotidiennes

REGISTRE DES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES

Date : Du _____ Au _____

Note : Coter de 0 à 10 le degré de plaisir (P) et de maîtrise (M) à côté de chaque activité
(0 = absence, 10 = maximale)

| HEURE | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi | Samedi | Dimanche |
|--------|-------|-------|----------|-------|----------|--------|----------|
| 6-7h | | | | | | | |
| 7-8h | | | | | | | |
| 8-9h | | | | | | | |
| 9-10h | | | | | | | |
| 10-11h | | | | | | | |
| 11-12h | | | | | | | |
| 12-13h | | | | | | | |
| 13-14h | | | | | | | |
| 14-15h | | | | | | | |
| 15-16h | | | | | | | |
| 16-17h | | | | | | | |
| 17-18h | | | | | | | |
| 18-19h | | | | | | | |
| 19-21h | | | | | | | |
| 21-24h | | | | | | | |
| 00-6h | | | | | | | |

REGISTRE DES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES

Date : Du _____ Au _____

Note : Cotez de 0 à 10 le degré de plaisir (P), de maîtrise (M) et/ou de tristesse (T) à côté de chaque activité
(0 =absence, 10 maximale)

| HEURE | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi | Samedi | Dimanche |
|--------|-------|-------|----------|-------|----------|--------|----------|
| 6-7h | | | | | | | |
| 7-8h | | | | | | | |
| 8-9h | | | | | | | |
| 9-10h | | | | | | | |
| 10-11h | | | | | | | |
| 11-12h | | | | | | | |
| 12-13h | | | | | | | |
| 13-14h | | | | | | | |
| 14-15h | | | | | | | |
| 15-16h | | | | | | | |
| 16-17h | | | | | | | |
| 17-18h | | | | | | | |
| 18-19h | | | | | | | |
| 19-21h | | | | | | | |
| 21-24h | | | | | | | |
| 00-6h | | | | | | | |

7.6 Liste d'activités

LISTE D'ACTIVITÉS

Préparer une liste d'activités qui vous ont déjà plu, qui pourraient vous plaire ou vous donner un sentiment de satisfaction. Les activités qui ont du sens pour vous et qui s'inscrivent bien dans votre système de valeurs ont de meilleures chances de vous motiver. Veillez à ce que certaines d'entre elles soient facilement réalisables compte tenu de votre état actuel. Prenez soin aussi de choisir des activités qui vous aideront à augmenter et varier vos contacts sociaux. N'oubliez pas l'activité physique! C'est un antidépresseur dont l'efficacité est largement démontrée.

7.7 Tableau d'enregistrement des pensées automatiques

TABLEAU D'ENREGISTREMENT DES PENSÉES AUTOMATIQUES

| ÉVÉNEMENT Situation ou occasion ou fil des pensées | ÉMOTION Spécifier l'émotion (0-100%) | PENSÉES AUTOMATIQUES Écrire textuellement les pensées et images à l'origine de l'émotion | FAITS QUI SOUTIENNENT LA PENSÉE AUTOMATIQUE | FAITS QUI CONTREDISENT LA PENSÉE AUTOMATIQUE | PENSÉES ALTERNATIVES Écrire les pensées réalistes résultant de la restructuration cognitive | RÉSULTAT Réévaluer l'intensité de l'émotion (0-100%) |
|--|--|--|--|---|---|--|
| | | | | | | |

7.8 Remettre en question les pensées négatives

Remettre en question les pensées négatives

1. Décrivez la situation: Quoi? Où? Quand? Avec qui?

2. Ecrivez vos émotions et évaluez l'intensité de chaque émotion (0-100%)

- Utilisez un mot pour décrire chaque émotion (ex. colère, tristesse, anxiété, honte, dégoût, fierté...)

3. Ecrivez vos pensées

- Quelles pensées traversaient mon esprit avant que je ne me sente ainsi?
- Qu'est ce que ça signifie pour moi, mon futur, ma vie?
- Que craignais-je?
- Quelle est la pire chose qui puisse arriver? Est-ce vrai?
- Et ceci veut dire qu'on me perçoit comment?
- Et ceci indique que les gens ou le monde en général est...
- Quelles sont les images ou les souvenirs qui accompagnent cette émotion?

4. Encerclez la "pensée chaude" et évaluez le degré de croyance (0-100%)

- Pensée chaude: pensée automatique qui est liée à la plus grande charge émotionnelle

5. Ecrivez les faits qui soutiennent la pensée automatique:

- Ecrire des fait qui soutiennent cette conclusion (éviter la lecture de pensée et l'interprétation des faits)

6. Ecrivez les faits qui contredisent la pensée automatique:

- Ai-je déjà eu des expériences qui m'indiquent que cette pensée n'est pas toujours vraie?
- Si mon meilleur ami ou quelqu'un que j'aime pensait ceci, que leur dirais-je?
- Si mon meilleur ami ou quelqu'un qui m'aime savait que je pensais ceci, que me diraient-ils? Quels faits souligneraient-ils afin de suggérer que ces pensées ne sont pas vraies à 100%?
- Quand je ne me sens pas ainsi, est-ce que ma façon de voir les choses est différente? Comment?
- Quand je me suis senti ainsi dans le passé, ais-je eu des pensées qui m'ont aidé?
- Ais-je déjà été dans ce type de situation dans le passé? Qu'est-ce qui est arrivé? Y'a-t-il une différence entre les situations présente et passées? Qu'ais-je appris des expériences précédentes qui pourrait me servir maintenant?
- Y'a-t-il des petites choses qui contredisent mes pensées dont je ne tiens pas compte car elles ne sont pas "importantes"?
- Dans 5 ans, si j'examine cette situation, est-ce que je la considérerai différemment? Est-ce que mon focus se portera sur différents aspects de la situation?
- Est-ce que j'oublie de tenir compte de certaines forces ou qualités personnelles ou liées à la situation?
- Est-ce que je saute à des conclusions qui ne sont pas tout à fait justifiées par les faits?
- Est-ce que je me blâme pour une quelque chose qui est hors de mon contrôle?

7. Pensée alternative/équilibrée

- Basé sur les faits pour et contre, y'a-t-il une autre façon de voir les choses?
- Ecrivez une phrase qui résume les étapes 5 et 6. Est-ce qu'en combinant les 2 phrases avec le mot et crée une pensée équilibrée qui tient compte de toute l'information acquise?
- Est-ce que quelqu'un en qui j'ai confiance aurait une autre façon de comprendre cette situation?
- Si ce que je pense est vrai, quelle est la pire issue? Quelle est la meilleure? Quelle est la plus réaliste?
- Évaluez le degré de croyance dans la pensée alternative et ré-évaluez le degré de croyance dans la pensée "chaude"

8. Ré-évaluez l'intensité des émotions

9. Plan d'action

- Pouvez-vous faire quelque chose pour changer la situation qui a occasionné votre détresse?
- Et sinon, est-ce possible de réagir différemment la prochaine fois?

Traduit par Thanh-Lan Ngô, M.D. de Greenberger, D et Padesky, C (1995)

7.9 Biais d'interprétation (distorsions cognitives)

Biais d'interprétation

Certaines pensées automatiques sont vraies, certaines sont fausses et d'autres ont un grain de vérité. Les biais d'interprétation les plus fréquents sont:

1. **Tout ou rien** (ou blanc ou noir, pensée dichotomique): classer une situation dans l'une de deux catégories polarisées au lieu d'un continuum.
Ex. si je n'ai pas 100%, je ne suis rien
2. **Dramatisation**: Mettre les choses au pire.
Ex. Personne ne m'adressera la parole.
3. **Disqualification le positif**: Se dire que les expériences positives et les qualités ne comptent pas.
Ex. J'ai eu une bonne note mais ça ne veut rien dire, j'ai été chanceuse...
4. **Raisonnement émotif**: Penser que quelque chose est vrai parce qu'on le sent vraiment, en ne tenant pas compte des faits qui le contredisent.
Ex. Je sais que je ne suis pas nulle, mais je me sens nulle
5. **Étiquetage**: Assigner une étiquette globale à quelqu'un sans considérer des alternatives plus plausibles
Ex. Je suis un nul. C'est un écoeurant.
6. **Magnification/minimisation**: Quand on évalue une personne ou une situation, on se penche sur le négatif et on minimise le positif.
Ex. Cette mauvaise évaluation prouve que je suis nulle. Les autres évaluations, toutes bonnes, ne veulent rien dire.
7. **Filtre mental**: Focus sur un détail négatif plutôt que le portrait global.
Ex. Comme j'ai une cote négative dans toute mon évaluation, ça veut dire que je suis incompetent.
8. **Lecture de la pensée**: Être certain de savoir ce que les autres pensent, en ne considérant pas des alternatives plus plausibles.
Ex. Il pense que je ne sais pas ce que je fais.
9. **Généralisation à outrance**: En arriver à une conclusion négative qui dépasse les faits.
Ex. Comme je me suis senti inconfortable dans cette situation, ça prouve que je suis incapable de me faire des amis
10. **Personnalisation**: "Prendre ça personnel".
Ex. mon patron était de mauvaise humeur à cause de moi
11. **Dois et devrais**: Avoir une idée fixe des règles qui régissent son propre comportement et celui des autres et surestimer les conséquences d'une dérogation aux règles.
Ex. C'est terrible de ne pas avoir 100%. Je devrais toujours faire mon possible.
12. **Vision en tunnel**: Ne voir que les aspects négatifs d'une situation.
Ex. Le prof de mon fils est un incompetent. Il est critique et insensible.

Traduit par Thanh-Lan Ngô, M.D.

7.10 Résolution de problèmes

RÉSOLUTION DE PROBLÈME

1. Prendre conscience du ou des problèmes

- a) Reconnaître la présence d'un ou de plusieurs problèmes importants et le ou les définir.
- b) Décrire le ou les problèmes de façon précise et concrète.
- c) S'il y a plusieurs problèmes, en dresser la liste en commençant par le plus important en fonction de la gravité et de l'urgence.

Liste des problèmes :

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

2. Adopter une attitude constructive.

- a) Le problème peut être considéré comme un défi plutôt que comme une menace.
- b) Le problème peut être une occasion de croissance.

3. Fixer des objectifs.

Se fixer des objectifs clairs, réalistes et limités.

Liste des objectifs :

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

4. Chercher des solutions possibles.

Écrire spontanément toutes les solutions qui semblent bonnes ou moins bonnes sans les analyser immédiatement.

Liste des solutions :

- 1.
- 2.
- 3.

5. Considérer les avantages et les inconvénients des solutions.

- a) Énumérer les avantages, à court, à moyen et à long terme, des solutions trouvées au point 4.
- b) Énumérer les inconvénients, à court, à moyen et à long terme, des solutions trouvées au point 4.

| Solution 1 | Avantages | inconvénients |
|---------------|-----------|---------------|
| À court terme | | |
| À moyen terme | | |
| A long terme | | |

| Solution 2 | Avantages | inconvénients |
|----------------------|------------------|----------------------|
| A court terme | | |
| A moyen terme | | |
| A long terme | | |

6. Choisir une solution

Choisir une solution ou un ensemble de solutions.

7. Connaître les obstacles et les ressources

- a) Reconnaître les obstacles à surmonter :
- b) Trouver les ressources disponibles.

8. Déterminer un plan d'action.

- a) Produire un plan détaillé.
- b) Établir un échéancier réaliste et précis.
- c) Commencer par une étape facile.
- d) Passer à l'action le plus rapidement possible.

Liste des étapes

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

9. Passer à l'action et évaluer les résultats.

7.11 L'affirmation de soi

L’AFFIRMATION DE SOI

Pour une description plus détaillée, voir le document portant sur l’affirmation de soi rédigé par Chaloult, L. et coll. (2014) sur www.tccmontreal.com dans la section grand public.

Définition du comportement affirmatif

L’affirmation de soi consiste en la capacité d’exprimer ses émotions, ses désirs et ses opinions, et de défendre ses droits tout en respectant ceux des autres, ceci de façon directe, honnête et appropriée.

Les trois aspects essentiels dont il faut tenir compte pour réussir à s’affirmer

- Connaître ses émotions, ses désirs, ses opinions et ses droits.
- Tenir compte des émotions, des désirs, des opinions et des droits d’autrui.
- Communiquer ses émotions, ses désirs, ses opinions et ses droits de façon adéquate.

Reconnaître les autres comportements et leurs caractéristiques

Soumis : Incapacité d’exprimer ses émotions, ses désirs et ses opinions, ou les exprimer de façon inapproprié au détriment de ses propres droits (peut-être, je ne sais pas, etc.).

Agressif : Être en mesure d’exprimer ses émotions, ses désirs et ses opinions ainsi que de défendre ses droits, mais souvent au détriment des droits des autres, et ceci de façon directe et souvent honnête, mais plutôt inappropriée (hausser le ton, manifester de la colère, etc.).

Manipulateur : Exprimer de façon indirecte et souvent malhonnête ses émotions, ses désirs et ses opinions dans le but de satisfaire ses besoins et de défendre ses droits au détriment des besoins et des droits des autres (si tu m’aimes vraiment, tu...).

Démarche recommandée

* Si plus d’un comportement est repéré, la personne a intérêt à aborder chaque comportement séparément.

1. Cocher le comportement adopté*.

Soumis Agressif Manipulateur Affirmatif

2. Chercher d’où vient ce comportement et quand il a commencé.

3. Reconnaître les pensées se rattachant au comportement adopté.

4. Distinguer les avantages des inconvénients à court et à long terme du comportement

repéré.

5. Dresser la liste des avantages et des inconvénients apportés par une meilleure affirmation de soi.

6. Apprendre à s'affirmer avant de passer à l'action.

- Définir ses émotions, ses désirs, ses pensées et ses droits.
- Reconnaître ceux des autres personnes.
- Voir les compromis envisageables dans une situation donnée.
- Résumer la situation.
- Verbaliser les émotions suscitées par la situation.
- Élaborer les objectifs visés par la démarche.
- Considérer les conséquences et les risques découlant de la démarche.
- Répéter, si possible, l'affirmation au moyen de jeux de rôles ou autrement.

7. Passer à l'action.

- Dresser la liste des principales situations problématiques.
- Suivre un ordre croissant, c'est-à-dire commencer par la situation la plus facile.
- Dresser la liste de ses arguments en faveur d'un comportement affirmatif ou contre ce comportement en tenant compte des besoins et des droits de l'autre.
- Connaître les risques liés au comportement affirmatif et reconnaître les peurs et les pensées qui s'y rattachent.
- Se rappeler qu'il est préférable de juger l'acte et non la personne.
- Garder son calme.
- Accepter les compromis.
- Choisir le moment le plus approprié pour passer à l'action.
- Agir.

8. Évaluer les résultats.

7.12 Résumé de thérapie

Résumé de thérapie

Ressortez toutes les feuilles d'exercices, les prescriptions de travaux à domicile et les lectures que vous avez faites dans le cadre de votre thérapie. Jetez-y un coup d'œil sans tout relire en détail dans le but de vous remettre en tête tout ce que vous avez fait dans cette thérapie. Notez ci-dessous ce qui vous a été le plus utile. Il s'agit d'un résumé très personnel. Il n'a pas pour but d'être complet, mais bien d'identifier les outils qui vous ont été utiles pour augmenter vos chances de les intégrer dans votre quotidien à long terme.

7.13 Fiche de prévention des rechute

Fiche de prévention des rechutes

| | |
|---------------------------------|--|
| Est-ce que je fais une rechute? | |
| Situations à risque | Quoi faire si je crois qu'il peut s'agir d'une rechute |
| Symptômes* | |

* Décrivez ici les symptômes qui apparaissent lorsque vous faites une rechute. Portez une attention particulière à ceux qui sont les premiers à se présenter. Inscrivez bien en quoi ils sont différents des hauts et bas de votre fonctionnement habituel. Il serait préférable d'écrire quelque chose comme « Je ne dors pas plus de quatre heures par nuit presque tout les soir pendant plusieurs semaines » plutôt que de se limiter à « Je ne dors pas bien »

Fiche de prévention des rechutes

Est-ce que je fais une rechute?

Situations à risque :

- *Surcharge de travail, voyages d'affaires*
- *Disputes avec mon fils*
- *Quand je n'ai plus le temps de m'entraîner*
- *Parents malades*

Symptômes*

- *Dormir moins (4 heures/nuit), sommeil difficile principalement en fin de nuit, plusieurs semaines consécutives*
- *Larmes à l'œil pour des riens*
- *Je ne ris plus*
- *Manque d'énergie même le matin alors qu'habituellement c'est mon meilleur temps*
- *Je n'ai même plus le goût d'aller m'entraîner*
- *Perte de libido*

Quoi faire si je crois qu'il peut s'agir d'une rechute

- *Rappeler mon thérapeute : Monsieur D., Tél. : 123-4567*
- *Appeler mon médecin Dr B. Tél. : 234-5678*
- *Discuter avec eux pour décider si je devrais reprendre le médicament qui m'a aidé i.e. : Rx untel, x mg, tous les matins*
- *Relire mon résumé de thérapie*
- *Reprendre les exercices qui m'ont aidés :*
- *Registre d'activité*
- *Activité physique trois fois par semaine*
- *Restructuration cognitive. Si nécessaire reprendre le tableau à 5 colonnes pour m'aider*
- *Mettre mes limites au travail*
- *Résolution de problème si nécessaire*

* Décrivez ici les symptômes qui apparaissent lorsque vous faites une rechute. Portez une attention particulière à ceux qui sont les premiers à se présenter. Inscrivez bien en quoi ils sont différents des hauts et bas de votre fonctionnement habituel. Il serait préférable d'écrire quelque chose comme « Je ne dors pas plus de quatre heures par nuit presque tout le soir pendant plusieurs semaines » plutôt que de se limiter à « Je ne

7.14 La thérapie cognitivo-comportementale de la dépression : Manuel d'information destiné aux patients

Les patients peuvent se procurer ce manuel gratuitement sur notre site internet :
www.tccmontreal.com, dans la section grand public.

GUIDE DE PRATIQUE POUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT COGNITIVO- COMPORTEMENTAL DU TROUBLE DÉPRESSIF MAJEUR

MANUEL D'INFORMATION DESTINÉ AUX PATIENTS.

Jean Goulet avec la collaboration de Louis Chaloult et Thanh-Lan Ngô

1. Introduction

Le présent guide est divisé en deux parties. La première, intitulée « comprendre », vous donne des informations sur les symptômes de dépression et les cercles vicieux qui, malgré qu'ils soient souvent très dérangeants et même handicapants, s'incrument et font que ce problème persiste dans le temps.

La deuxième partie, intitulée « surmonter vos difficultés », présente les principales étapes de la thérapie cognitivo-comportementale de la dépression. Il s'agit de la forme de thérapie la mieux étudiée scientifiquement dans le traitement de cette condition. Comme chaque personne est unique, l'approche à choisir pour vous aider devra être personnalisée et votre thérapeute vous guidera pour savoir quelles étapes s'appliquent à vous et quels autres outils pourraient vous être utiles.

Nous vous invitons à consulter la section « grand public » de notre site internet (www.tccmontreal.com/section-grand-public). Ce site se consacre à la thérapie cognitivo-comportementale et propose plusieurs outils et liens. Vous y trouverez ce manuel, les questionnaires et les fiches que vous pourrez utiliser pour noter les exercices proposés dans ce guide.

Il existe plusieurs autres lectures qui pourraient être utiles. Voici quelques bonnes références écrites pour le grand public :

- BURNS, D.D. (1985) « **Être bien dans sa peau** ». St-Lambert : Les Éditions Héritage inc. ([Burns, 1994](#))
- GREENBERGER, D. et PADESKY, C.A. (1995) « **Mind over mood: a cognitive therapy treatment manual for client** ». Guilford Press. (2^e édition anglaise attendue en 2015). ([Greenberg & Padesky, 1995](#))
- Version française : (2005) « **Dépression et anxiété : comprendre et surmonter par l'approche cognitive** ». Décarie Éditeurs. ([Greenberg & Padesky, 2005](#))
- ADDIS, M.E. et MARTELL C.R. (2009) « **Vaincre la dépression une étape à la fois** », Les éditions de l'homme. ([Addis & Martell, 2009](#))
- BLACKBURN, I.M. et COTRAUX, J. (1988) « **Thérapie cognitive de la dépression** ». Masson. ([Blackburn & Cottraux, 1988](#))
- **Sur le net :**
- PATERSON, R. et BILSKER, D. Université Simon Fraser, Faculté des sciences de la santé, CARMHA: « **Programme d'autotraitement de la dépression: Guide du patient** », www.comh.ca/publications/resources/asw/SCDP-French.pdf
- BILSKER, D. et coll. « **Antidepressant Skills at Work : Dealing with Mood Problems in the Workplace** ». <http://www.bcmhas.ca/Research/default.htm>
- MOODGYM, Programme d'autosoins cognitivo-comportemental de la "Australian National University", (anglais), www.moodgym.anu.edu.au .
- LIVING LIFE TO THE FULL, Site britannique d'autosoins, (anglais), www.lltff.com

Vous pouvez aussi obtenir des renseignements sur les sites internet des centres de traitement spécialisés ou auprès de certains groupes d'entraide.

- Au Québec :
 - Groupes d'entraide
 - Revivre
 - <http://www.revivre.org>
 - Tél. : 514 REVIVRE (738-4873) • 1 866 REVIVRE
 - Site internet
 - Gouvernement du Québec : http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/index.php?id=62,73,0,0,1,0
 - La dépression fait mal : <http://ladepressionfaitmal.ca/fr/>
 - Association québécoise de prévention du suicide : <http://www.aqps.info>
 - Ligne d'écoute 24h/24 : 1-866 APPELLE ou 1-866-277-3553
- France :
 - France dépression : <http://www.france-depression.org>
 - Plusieurs ressources et liens disponibles sur le site d'info dépression.fr : http://www.info-depression.fr/?page=liens_utiles

2. Comprendre

2.1. Qu'est-ce que le trouble dépressif majeur (TDM)?

Il faut d'abord distinguer la tristesse normale de la dépression. Bien que désagréable, la tristesse est une émotion normale que nous éprouvons tous à des degrés divers. Cette émotion est généralement présente lorsque nous avons la sensation que quelque chose de mauvais vient nous toucher ou afflige une personne qu'on aime. La tristesse devient problématique lorsque son intensité, sa durée ou sa fréquence sont telles que le fonctionnement de l'individu sera affecté ou qu'elle engendrera une souffrance importante. Cette tristesse marquée est un des symptômes du TDM. Il est cependant important de comprendre que la tristesse ou d'autres symptômes de la lignée dépressive peuvent être présents dans une grande variété de diagnostics, par exemple : le trouble de l'adaptation, le trouble de la personnalité, le trouble bipolaire, le trouble dépressif induit par l'alcool, les drogues ou d'autres substances, le trouble dépressif induit par une maladie physique... Si vous souffrez de symptômes importants, il est important de consulter. Votre médecin, psychiatre ou psychologue pourra vous aider à préciser le diagnostic.

Le TDM est un problème épisodique.

L'épisode de dépression se nomme : épisode dépressif majeur. La façon de le nommer peut laisser entendre qu'il est nécessairement très grave, mais ce n'est pas le cas. En effet, l'épisode dépressif majeur peut être d'intensité légère, moyenne ou sévère. Les symptômes persistent souvent pendant plusieurs mois. Pendant l'épisode dépressif majeur, la personne qui en souffre n'est vraiment pas comme à son habitude (voir les symptômes au paragraphe suivant). Ces épisodes vont souvent se résoudre spontanément, mais le traitement diminue beaucoup la durée (qui peut être de plusieurs années et même se chroniciser), la souffrance, les difficultés de fonctionnement et le risque de récurrence. De plus, sans traitement, plus de la moitié des personnes qui se remettent d'un épisode dépressif majeur vont récidiver.

Quels sont les symptômes de l'épisode dépressif majeur?

Les symptômes peuvent varier considérablement d'une personne à l'autre. Ils apparaissent de façon graduelle. Chacun des symptômes constitue un changement par rapport au fonctionnement habituel. À mesure que la dépression s'installe, les symptômes qui étaient occasionnels au début deviennent présents la plupart du temps et parfois même s'installent de manière constante. Les symptômes les plus souvent utilisés pour identifier un épisode dépressif majeur sont les suivants :

1. Humeur dépressive persistante (tristesse, sentiment de vide ou désespoir)
2. Perte d'intérêt ou de plaisir pour presque toutes les activités
3. Perte d'appétit et perte de poids involontaire (ou parfois augmentation)
4. Insomnie (ou parfois hypersomnie)
5. Ralentissement des mouvements (ou parfois agitation)
6. Fatigue ou manque d'énergie
7. Autodévalorisation ou culpabilité excessives
8. Difficultés de concentration ou indécision
9. Idées de mort ou idées suicidaires récurrentes

Le manuel diagnostique de l'Association Américaine de Psychiatrie (DSM-5) suggère qu'au moins 5 de ces neuf symptômes doivent être présents pour au moins deux semaines (généralement beaucoup plus) et doivent, chacun, représenter un changement par rapport au fonctionnement habituel, pour établir qu'il s'agit d'un épisode dépressif majeur.

D'autres symptômes sont souvent présents comme l'anxiété, la baisse de libido, des symptômes physiques...

On diagnostiquera un TDM lorsque la personne a souffert d'un ou de plusieurs épisodes dépressifs majeurs qui n'ont pas été provoqués par un médicament, l'alcool, les drogues ou par une maladie physique et qu'elle n'a jamais souffert d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

Le TDM est une maladie très répandue

12.2% des Canadiens souffriront d'un épisode dépressif majeur au moins une fois dans leur vie (Public Health Agency, 2006). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la dépression sera la maladie associée au deuxième plus grand fardeau global en 2020.

2.2. Quelles sont les conséquences du TDM?

Le TDM se situe parmi les maladies les plus souffrantes

La personne déprimée a souvent l'impression qu'elle est indigne, que son entourage est incapable de l'aider et qu'elle ne dispose pas ou peu des moyens pour s'en sortir.

Le TDM est une maladie dangereuse

- Il est parfois mortel. Officiellement, le suicide est responsable de 2 % de la mortalité au Québec. C'est également la deuxième cause de mortalité chez les adolescents.
- Il cause ou accentue plusieurs maladies physiques.
- Il cause ou accentue plusieurs formes de toxicomanies, en particulier l'alcoolisme.

2.3. Quels sont les traitements du TDM?

Le trouble dépressif majeur se traite et se guérit dans la très grande majorité de cas

1. Il existe des médicaments efficaces, entre autres les antidépresseurs, certains antipsychotiques et stabilisateurs de l'humeur.
2. Il existe également des formes de psychothérapie qui donnent d'excellents résultats en particulier la psychothérapie cognitivo-comportementale.

2.4. Comment expliquer le TDM? (Le modèle cognitivo-comportemental de la dépression)

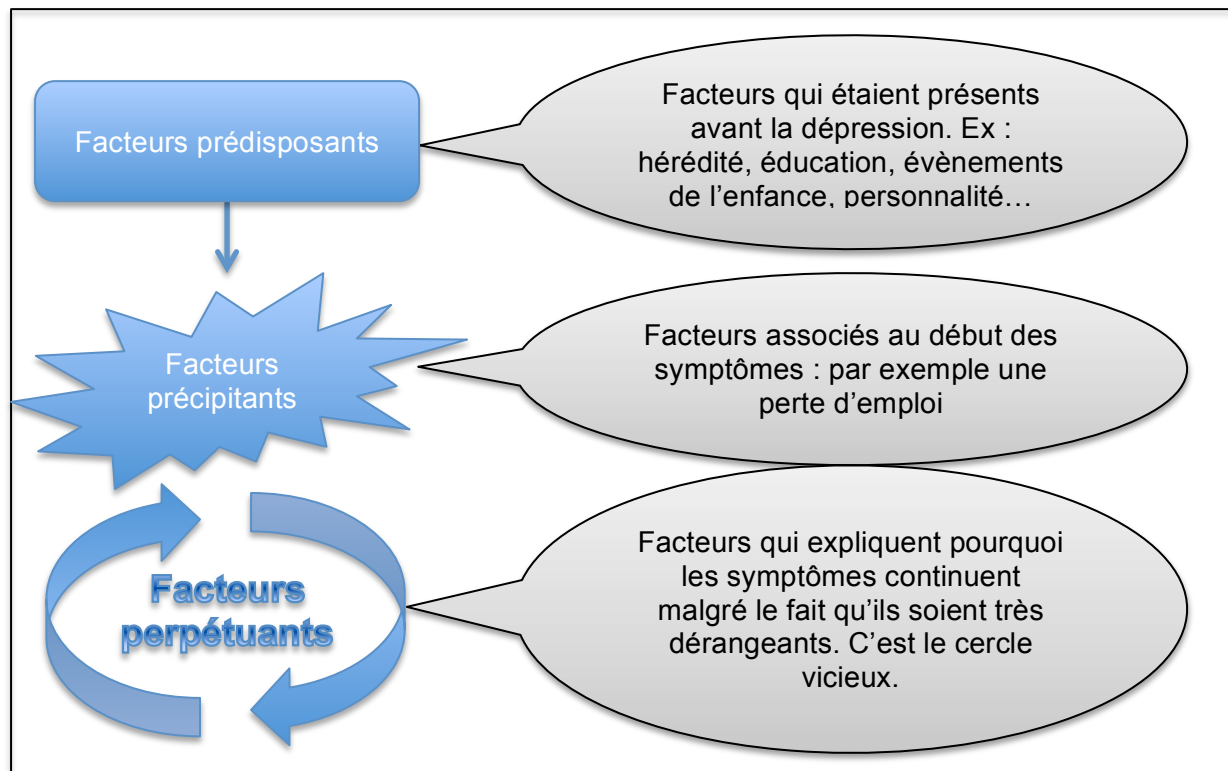
Les causes de la dépression

Il n'y a pas une seule cause à la dépression, mais de multiples facteurs.

Certaines personnes sont plus vulnérables que d'autres à la dépression. Les facteurs qui expliquent cette vulnérabilité sont présents avant la dépression et en augmentent le risque. Il s'agit des **facteurs prédisposants**. Parmi ceux-ci, on retrouve l'éducation, les influences environnementales, l'hérédité et certains traits de personnalité.

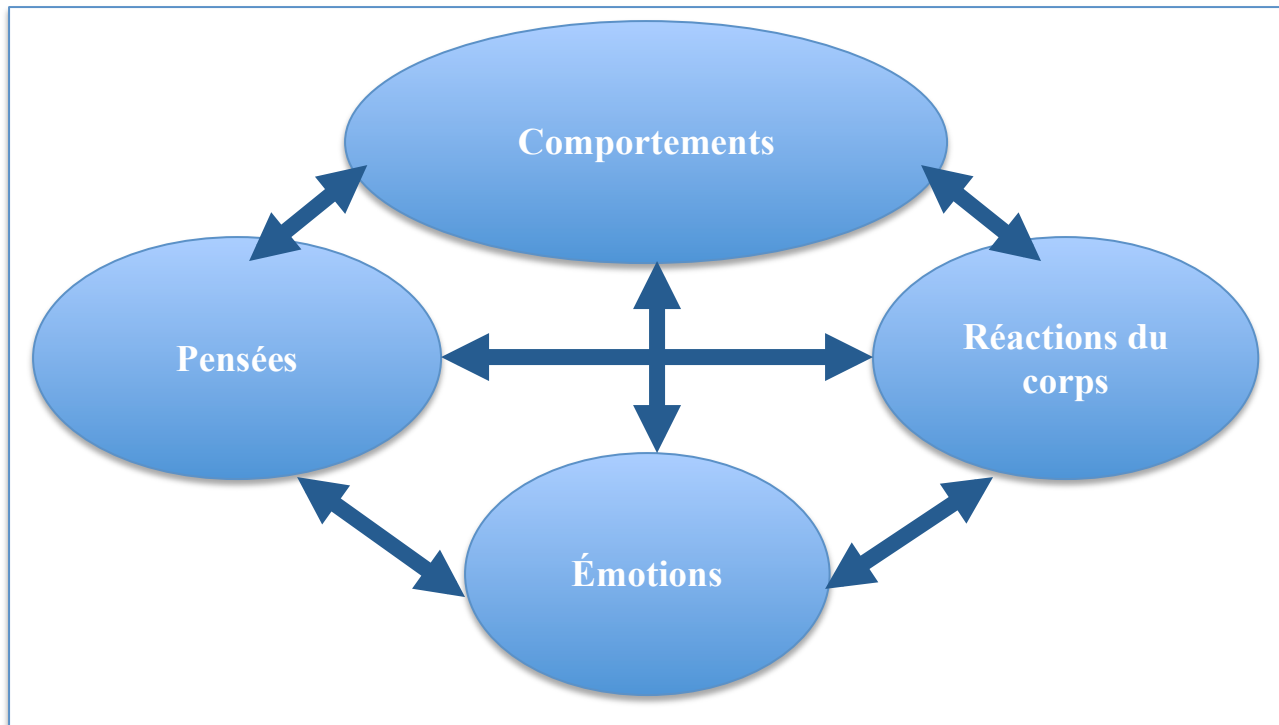
La dépression ne survient pas n'importe quand. Il y a souvent des événements ou des circonstances qui contribuent à déclencher l'épisode. Ce sont les **facteurs précipitants**.

Souvent, la personne qui souffre de dépression va consacrer beaucoup d'efforts à essayer de comprendre pourquoi elle se sent ainsi. Malheureusement, la plupart du temps ces pensées tournent en rond et augmentent la dépression. Il est généralement beaucoup plus utile de travailler sur ce qui fait que la dépression persiste. Ce sont les **facteurs perpétuants**. Ce sont des cercles vicieux qui font en sorte que la dépression persiste même si elle est très souffrante et handicapante. Le texte qui suit vous explique les cercles vicieux les plus communément observés chez les personnes qui souffrent de dépression. La troisième partie du document intitulée « Surmonter vos difficultés » vous expliquera ensuite de quelle façon vous pourrez les renverser pour graduellement sortir de la dépression.



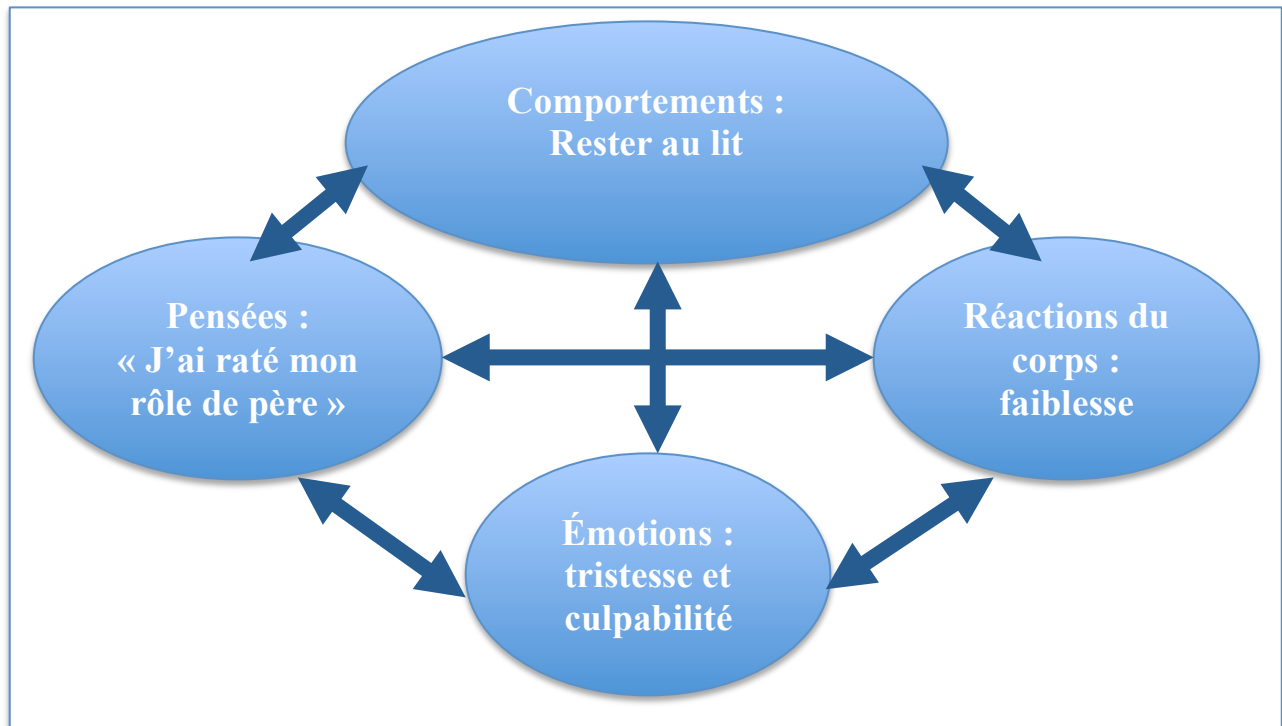
La relation qui existe entre les pensées, les émotions et les comportements

Nos pensées, nos émotions, nos comportements et les réactions de notre corps sont intimement reliés et s'influencent les uns les autres.



Donnons un exemple. Robert est déprimé. Il est resté au lit jusqu'à midi, même si ça fait déjà quatre heures qu'il est réveillé. Il pense à son fils qui ne l'a pas appelé depuis deux semaines. Il croit que son fils ne veut plus rien savoir de lui. Il se dit qu'il a raté son rôle de père. Ces pensées le rendent de plus en plus triste et il se sent coupable. Il se sent abattu et affaibli. Il a de moins en moins envie de se lever.

Son comportement consistant à rester au lit augmente ses pensées négatives, sa fatigue, sa tristesse et sa culpabilité. Son corps fatigué augmente la probabilité qu'il reste au lit, qu'il ait des pensées négatives et qu'il se sente coupable. Et ainsi de suite. Cet exemple peut donner l'impression qu'il sera difficile pour Robert de s'en sortir, mais quand on y songe, on comprend que ces influences mutuelles font en sorte qu'il suffit d'améliorer un des paramètres pour que les autres s'améliorent aussi. Par exemple, si Robert décide de changer son comportement, qu'il se lève, prend une douche et appelle son fils pour prendre de ses nouvelles, il y a de grandes chances que ça permette diminuer un peu sa fatigue, ses pensées négatives et sa tristesse.



Le plan de traitement cognitivo-comportemental de la dépression s’attardera surtout à modifier les **comportements** et les **pensées** qui perpétuent la dépression. Vous serez donc invités à modifier graduellement les cercles vicieux qui vous maintiennent dans cet état.

3. Surmonter vos difficultés

N.B. Surtout, **ne brûlez pas les étapes**. Assurez-vous qu'une étape est bien maîtrisée avant de passer à la suivante. **Travaillez régulièrement**. Une trentaine de minutes de travaux à domicile tous les jours sera plus efficace que 4 heures de travail une fois par semaine. Il s'agit de changer des habitudes ce qui nécessite un effort soutenu. **Portez attention aux améliorations** même légères et **félicitez-vous** pour chacun de vos efforts.

Voyons maintenant les étapes qui peuvent vous mener vers le rétablissement.

3.1. Évaluation par le thérapeute

Votre thérapeute procédera à une évaluation. Il est parfois intimidant d'aborder ses problèmes et de raconter sa vie à un étranger. Cette étape est très importante non seulement pour vous assurer que votre thérapeute vous comprend bien, mais aussi pour tisser le lien de confiance qui vous permettra de vous confier et de vous sentir appuyé dans les moments difficiles.

3.2. Bien comprendre le TDM

La section précédente, les explications de votre thérapeute et éventuellement les lectures qu'il vous suggérera pourront vous aider à atteindre cet objectif.

3.3. Établissement d'un plan de traitement

Évaluez vos objectifs et votre motivation. De là, vous pourrez vous entendre avec votre thérapeute sur un plan de traitement structuré et adapté à vos besoins. C'est à ce moment que vous pourrez ensemble décider quels éléments thérapeutiques de ce guide ont des chances de vous être bénéfiques. Il se peut que d'autres approches thérapeutiques vous soient suggérées. Les étapes qui suivent vous sont présentées à titre indicatif. Elles sont assez caractéristiques du

programme de thérapie cognitivo-comportementale tel que proposé aux personnes qui souffrent de TDM.

3.4. Prescrire les médicaments si c'est indiqué

Votre médecin pourra vous dire s'il serait souhaitable de prescrire un médicament pour aider le contrôle de la dépression.

3.5. Se mettre en action et briser l'isolement : la démarche comportementale (activation comportementale)

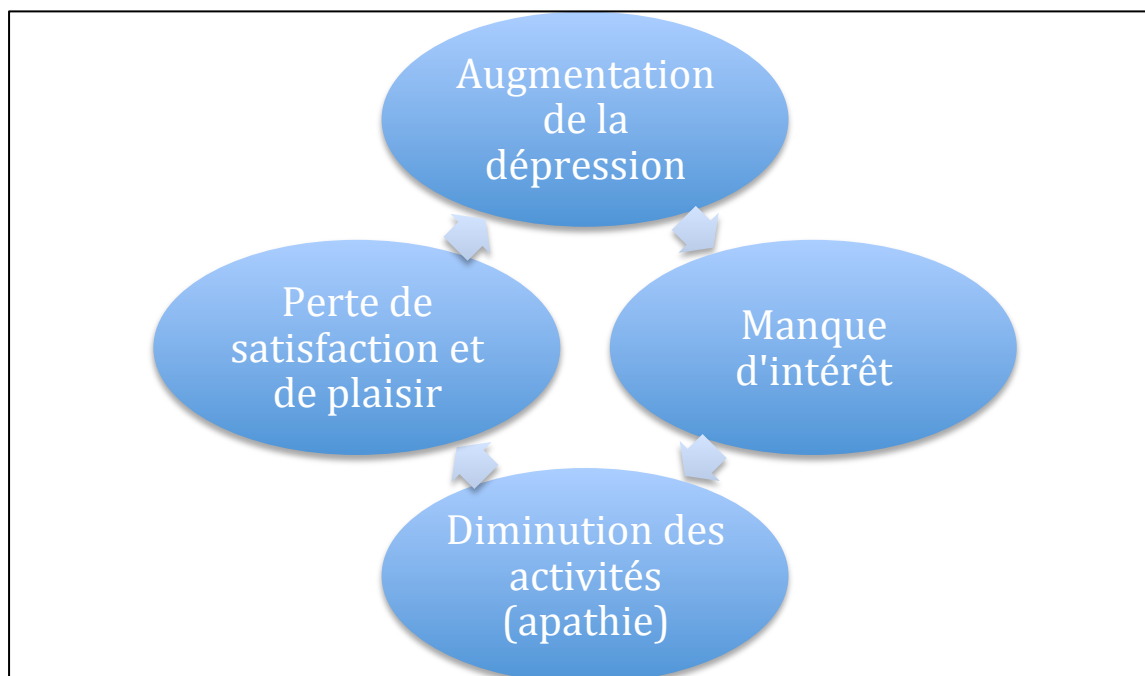
Cette étape est souvent la plus importante. Nous allons d'abord vous expliquer le rôle de l'apathie et de l'isolement, puis nous verrons comment observer vos activités et l'influence qu'elles ont sur votre humeur. Par la suite, nous décrirons la façon de procéder pour vous réactiver et briser l'isolement.

3.5.1. Comprendre le rôle de l'apathie, de l'isolement et de la fatigue

Voyons maintenant deux cercles vicieux qui jouent un rôle important pour vous enfermer dans la dépression : le cercle vicieux de l'apathie et le cercle vicieux de l'isolement.

Le cercle vicieux de l'apathie

L'apathie est un symptôme central de la dépression. Être apathique, c'est être moins actif. Ce symptôme est intimement relié à la perte d'intérêt. Plus la dépression s'accroît, moins la personne qui en souffre aura envie de faire ses activités habituelles. C'est le manque d'intérêt. Ce manque d'intérêt poussera la personne dépressive à diminuer ses activités. C'est l'apathie. Cette diminution d'activités fera en sorte que la personne aura moins d'occasions d'éprouver de la satisfaction ou du plaisir ce qui va augmenter la dépression.

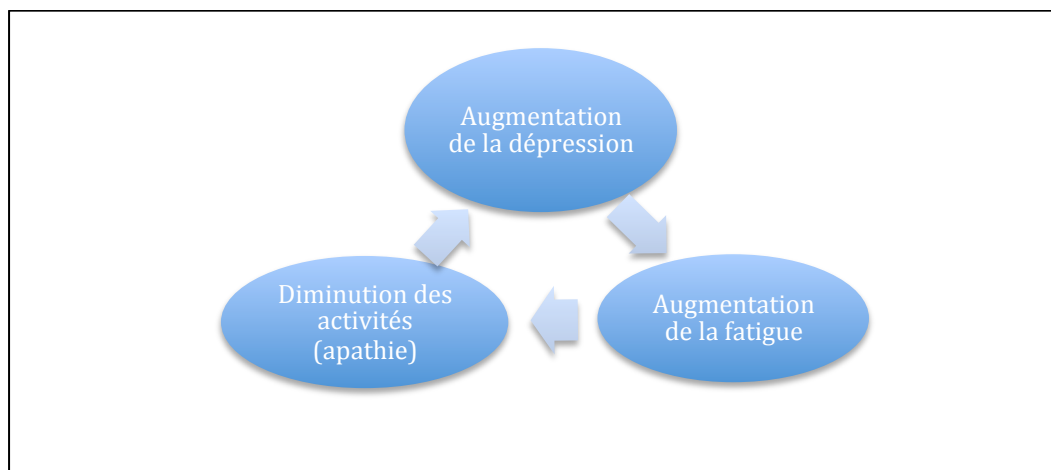


Le rôle de la fatigue

Posez-vous la question suivante. Que dois-je faire lorsque je me sens fatigué? La plupart des gens répondront qu'on doit se reposer lorsqu'on est fatigué. Cette croyance est fausse et constitue un des facteurs importants qui maintient ce cercle vicieux.

Voyons deux situations qui démontrent que cette croyance est fausse. Imaginez qu'on vous envoie sur un chantier de construction pendant une journée où vous avez aidé les ouvriers à transporter les matériaux toute la journée. À la fin de la journée, vous allez vraisemblablement vous sentir très fatigué. On vous offre deux possibilités pour corriger cette fatigue, soit 30 minutes de marche rapide ou 30 minutes à écouter votre émission de télé préférée. Lequel va le mieux corriger la fatigue? Ce sera bien sûr, le repos devant la télévision. Voici pourquoi on croit que le repos est la bonne réponse à la fatigue : parfois, ça fonctionne. Changeons maintenant notre exemple. Vous avez passé toute la journée, du matin au soir, devant la télévision sans interruption. On vous a même apporté vos repas devant la télé. Vous n'avez rien fait d'autre que d'écouter la télé. À la fin de cette journée, vous allez très probablement vous sentir fatigué. Cette fois, est-ce que ce sera la marche rapide ou une demi-heure de plus de télé qui aidera à diminuer votre fatigue? C'est la marche rapide qui va corriger la fatigue. Ce que cet exemple nous révèle, c'est que la fatigue n'est pas un signal qui nous indique qu'on a besoin de repos, mais plutôt **un signal qu'on a besoin de changer de type d'activités**.

On comprend maintenant mieux de quelle façon la fatigue éprouvée dans la dépression nous pousse à davantage d'apathie, ce qui vient accroître la fatigue.



Les muscles « fondent » rapidement lorsqu'ils ne sont pas utilisés. C'est l'atrophie. Vous avez peut-être déjà eu l'occasion d'observer à quel point ce phénomène peut être rapide par exemple lorsqu'une personne se fait retirer un plâtre ou lorsqu'une personne âgée est alitée pour cause de maladie. Cette atrophie des muscles accentue la sensation de faiblesse. C'est pour cette raison qu'il est particulièrement important d'inclure certaines activités physiques dans votre programme de réactivation.

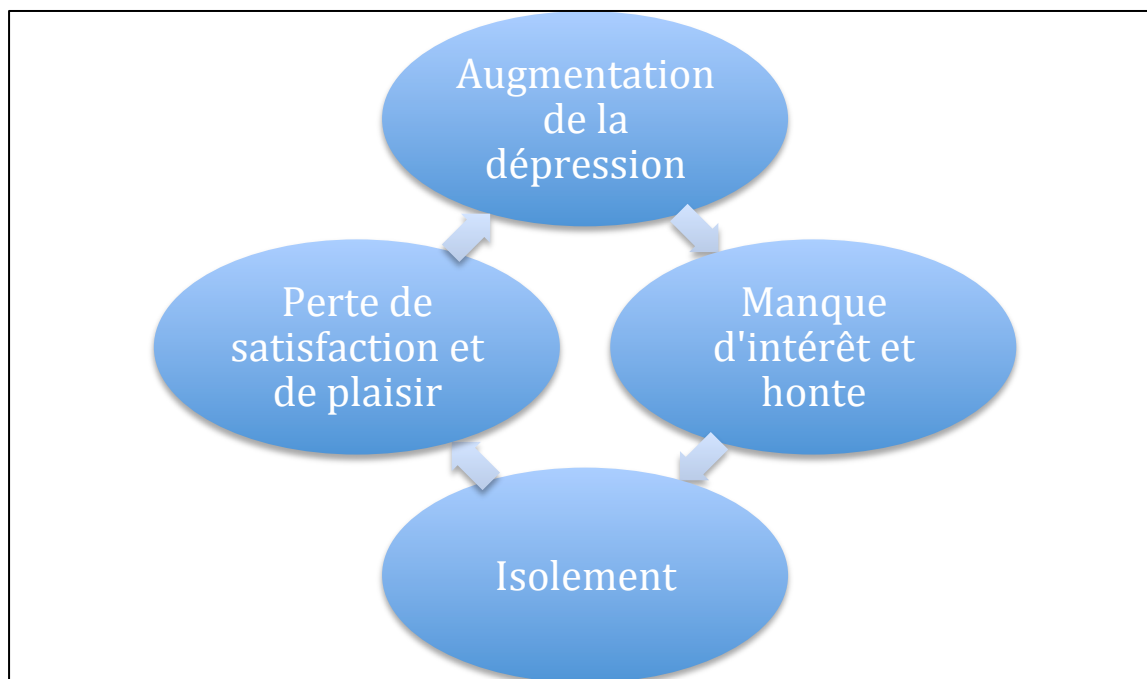
Notons par ailleurs que l'inactivité diminue la qualité du sommeil: on se lève fatigué le matin ce qui diminue notre envie d'être actif pendant la journée. On a plutôt envie d'aller se recoucher ce qui nuit encore là à la qualité du sommeil qui n'est plus réparateur. On suggère donc d'adopter une routine quotidienne qui comprend des heures de lever et de coucher régulières ainsi que des limitations au niveau des heures de siestes.

Par ailleurs, comme l'appétit ou la qualité des aliments choisis peut diminuer lorsqu'on est atteint de dépression, nos apports alimentaires diminuent ce qui accroît le sentiment de fatigue. Il faut donc viser de prendre trois repas par jour ainsi que 2 collations santé pour éviter que la dénutrition n'aggrave la fatigue.

Finalement, l'individu inactif a beaucoup de temps pour penser. Or les recherches ont démontré que les ruminations augmentaient les risques de faire une dépression, augmentaient la durée et l'intensité des symptômes dépressifs. Elles diminuent la capacité à résoudre les problèmes. Or l'accumulation de problèmes peut être une source de stress supplémentaire pour l'individu déprimé...L'activation comportementale permettra donc à l'individu d'éviter de passer ses journées à ressasser ses problèmes et d'amplifier l'humeur dépressive.

Le cercle vicieux de l'isolement

L'isolement est un symptôme central de la dépression. L'isolement consiste à diminuer les contacts avec les personnes qui nous entourent. Ce symptôme est intimement relié à la perte d'intérêt. Plus la dépression s'accroît, moins la personne qui en souffre aura envie de voir les gens. Ce manque d'intérêt et parfois aussi la honte pousseront la personne à s'isoler. Cet isolement fera en sorte que la personne aura moins d'occasions d'éprouver de la satisfaction ou du plaisir avec ses proches ce qui va augmenter la dépression.



Vous pouvez maintenant mieux comprendre pourquoi, dans les étapes qui suivent, on accorde une si grande importance à la démarche comportementale qui vise à vous aider à vous remettre en action et à briser l'isolement. Cette approche se nomme l'activation comportementale. Elle permet de diminuer la fatigue, d'augmenter l'énergie, de retrouver du plaisir, d'améliorer la motivation, de retrouver des champs d'intérêt, de moins laisser de places aux pensées négatives, bref, de vous sentir mieux et de diminuer vos symptômes dépressifs. Rien n'est miraculeux. Pour y arriver, vous devrez fournir un effort soutenu et l'amélioration sera graduelle. Vous vous dites peut-être que ce sera trop difficile pour vous. Les pensées négatives de la dépression viennent souvent interférer avec le progrès. À l'étape 3.6, nous allons nous attaquer à ces pensées. D'ici là, essayez de ne pas trop les écouter et d'agir pour vous mobiliser. L'approche décrite ci-dessous vous invite à vous fixer des objectifs réalistes. Il est préférable de progresser lentement et avec persévérance plutôt que de tenter de faire d'énormes progrès irréalistes du jour au lendemain.

3.5.2. Observer la relation qui existe entre vos activités et votre humeur

Nous vous invitons maintenant à **noter vos activités**. Certaines personnes ont tendance à se dire que c'est inutile parce que de toute façon, elles ne font rien. Lorsqu'on observe attentivement, on va souvent découvrir qu'il y a quand même certaines activités qui procurent un peu de satisfaction ou de plaisir ou qui vont au moins diminuer un peu la tristesse. Même si ce n'est pas le cas, l'observation va vous permettre de mieux comprendre quels sont les obstacles qui vous freinent.

Comment procéder?

À l'aide du **registre d'activité**, vous allez noter toutes les activités que vous faites, heure par heure. Le registre est disponible dans la section « grand public » de notre site internet (www.tccmontreal.com/section-grand-public). N'attendez pas pour le compléter. Il faut **remplir la grille au fur et à mesure**. Les informations sont beaucoup plus fiables lorsqu'on note régulièrement, une à trois fois par jour. **Intégrez cet exercice à votre routine.**

Votre thérapeute vous invitera à coter certains paramètres à côté de chaque activité sur une échelle de 0 à 10 : **plaisir (P)**, **maîtrise (M)** ou **tristesse (T)**. Mentionnons que la maîtrise ici fait référence au sentiment d'accomplissement. Certaines activités peuvent générer un sentiment d'accomplissement lorsqu'on a fait quelque chose d'utile, et ce même si ce n'est pas très plaisant. Par exemple, une personne qui souffre de dépression et laisse sa vaisselle sale dans le lavabo depuis longtemps serait justifiée d'éprouver une grande satisfaction d'avoir fait sa vaisselle malgré sa fatigue intense et noter un M=9/10, même si elle n'a pas éprouvé un grand plaisir à le faire (P=2/10). **Ne sous-estimez pas vos succès.** Évitez de vous comparer à d'autres ou à ce que vous faisiez avant la dépression. Évaluez votre succès en fonction de votre état actuel. Il se peut donc que le simple fait d'aller chercher le journal au coin de la rue soit une très grande réussite qui peut mériter un M=9.

Prenez soin de **noter aussi les moments où vous n'êtes pas actifs**. Vous pourriez, par exemple, écrire : « Regarder la télé : P1, M0, T7. » ou « Étendu sur le canapé : P0, M0, T9. ». Ainsi, la grille sera remplie du lever au coucher.

| | lundi | mardi | mercredi | jeudi | vendredi | samedi | dimanche |
|--------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---|--------------------------------|
| 6-7h | | | | | | | |
| 7-8h | <i>Lever</i> $T_3 P_0 V_2$ | | | | | <i>Lever</i> $T_3 P_0 V_2$ | <i>Lever</i> $T_4 P_0 V_2$ |
| 8-9h | <i>Café</i> $T_2 P_3 V_0$ | | | | | <i>Magasin</i> $T_2 P_2 V_5$ | <i>TV</i> $T_7 P_2 V_0$ |
| 9-10h | <i>TV</i> $T_6 P_2 V_0$ | <i>Lever</i> $T_7 P_0 V_2$ | | | | <i>Magasin</i> $T_2 P_2 V_5$ | <i>TV</i> $T_7 P_2 V_0$ |
| 10-11h | <i>Ménage</i> $T_3 P_2 V_5$ | <i>Lit</i> $T_8 P_0 V_0$ | <i>Lever</i> $T_7 P_0 V_2$ | <i>Lever</i> $T_7 P_0 V_2$ | <i>Lever</i> $T_7 P_0 V_2$ | <i>Magasin</i> $T_2 P_2 V_4$ | <i>Ranger</i> $T_3 P_3 V_7$ |
| 11-12h | <i>Ami</i> $T_1 P_5 V_5$ | <i>Café</i> $T_2 P_3 V_0$ | <i>Lit</i> $T_8 P_0 V_0$ | <i>Lit</i> $T_8 P_0 V_0$ | <i>Lit</i> $T_9 P_0 V_0$ | <i>Diner avec Jean</i> $T_0 P_5 V_2$ | <i>Ranger</i> $T_3 P_3 V_7$ |

Après avoir noté vos activités pendant quelques jours, essayez d'observer ce que vous faites qui semble aggraver votre humeur dépressive et ce qui semble la diminuer. Vous pourrez ainsi découvrir des pistes de solution. L'observation va souvent permettre de confirmer que l'apathie augmente la dépression et que les moments un peu plus actifs atténuent la souffrance. Pendant cette phase d'observation, vous pouvez aussi commencer à vous préparer une liste d'activités qui vous ont déjà plu, qui pourraient vous plaire ou vous donner un sentiment de satisfaction. Vous pouvez les noter sur un bout de papier ou si vous préférez, vous pouvez utiliser la fiche prévue à cette fin (« Liste d'activités » disponible sur la page www.tccmontreal.com/section-grand-public). Les activités qui ont du sens pour vous et qui s'inscrivent bien dans votre système de valeurs ont de meilleures chances de vous motiver. Veillez à ce que certaines d'entre elles soient facilement réalisables compte tenu de votre état actuel. Prenez soin aussi de choisir des activités qui vous aideront à augmenter et varier vos contacts sociaux. N'oubliez pas l'activité physique! C'est un antidépresseur dont l'efficacité est largement démontrée. Choisissez des activités adaptées à votre condition physique et progressez graduellement. Au besoin, consultez votre médecin ou un kinésiologue. Cette liste vous servira d'inspiration à l'étape suivante où vous allez augmenter graduellement votre niveau d'activités.

3.5.3. Augmenter vos activités

Pour vous aider à augmenter graduellement vos activités, il sera important de bien les planifier. Prévoyez un bref moment régulier et quotidien dans votre routine pour **planifier votre programme d'activités** pour le lendemain. Vous pouvez par exemple le faire au moment où vous complétez votre registre d'activités pour la journée en cours. Vous pouvez noter votre planification sur la fiche prévue à cet effet (« planification des activités » disponible sur la page www.tccmontreal.com/section-grand-public). Visez un équilibre entre les activités plaisantes et valorisantes. Pensez à choisir des activités qui impliquent des contacts sociaux et des activités physiques. Veillez à ce que cette planification soit **réaliste en fonction de votre état actuel**. Mieux vaut en mettre un peu moins dans votre planification pour être bien certain de pouvoir l'accomplir. **Passez à l'action sans trop hésiter** ou négocier avec vous même. Comme le plus difficile est de se mettre en action, ces hésitations prolongent la partie la plus pénible, alors qu'une fois l'activité initiée, c'est généralement moins difficile, voire même plus agréable. Félicitez-vous, récompensez-vous et encouragez-vous. **Notez quotidiennement ce que vous faites en continuant votre registre d'activités**. Continuez à noter la tristesse, le plaisir ou la maîtrise selon les recommandations de votre thérapeute. Observez bien l'effet de ces activités sur votre humeur. Augmentez ensuite très graduellement votre niveau d'activité. Vous pouvez être fier de vous si vous avez été un peu plus actif que la semaine précédente. Quand on va dans la bonne direction et qu'on persévère, on peut énormément progresser même si l'on n'avance pas très vite.

3.6. Changer les pensées qui vous font souffrir : la démarche cognitive

Comme nous l'avons vu (section 2.4), nos pensées, nos émotions, nos comportements et les réactions de notre corps sont intimement reliés. Nous avons travaillé sur les comportements avec la démarche comportementale. Maintenant, vous allez être sensibilisé à une approche qui pourrait vous permettre de modifier les pensées qui entretiennent votre dépression. C'est la démarche cognitive. Il existe plusieurs façons de procéder. Dans les paragraphes qui suivent, nous vous présenterons un résumé de ces techniques. Nous vous suggérons de le faire lorsque l'activation comportementale a permis de diminuer les symptômes dépressifs et avec l'aide de votre thérapeute, car ce sont des changements d'habitude difficiles à mettre en place. Vous pouvez aussi trouver une présentation plus détaillée dans l'ouvrage suivant : Greenberger, D. et Padesky, C. S. : *Dépression et anxiété comprendre et surmonter par l'approche cognitive*. Efides, 2005.

On procède généralement en suivant les quatre étapes suivantes :

- **Comprendre** le lien entre les évènements, les pensées, les émotions et les comportements.
- Développer l'habitude de **prendre conscience des pensées** qui provoquent vos émotions dysfonctionnelles.
- **Remettre en question ces pensées** puis les **remplacer par des pensées plus appropriées**. Observer le résultat au niveau des émotions et des comportements.
- On peut ensuite, si le besoin s'en fait sentir, identifier et **remettre en question certaines croyances plus profondes**.

3.6.1. Comprendre le lien entre les évènements, les pensées, les émotions et les comportements.

Voyons à l'aide d'un exemple le rôle central exercé par les pensées. Vous vous rappelez Robert qui souffre de dépression? Il est allé rendre visite à ses parents où il a rencontré son frère François. Après avoir pris un repas en famille, les parents disent qu'ils sont fatigués. Face à cet évènement, Robert se sent coupable et triste alors que François est heureux et motivé à

leur donner un coup de main. Comment expliquer qu'un même évènement provoque des émotions si différentes? D'après vous, qu'est-ce qui fait que Robert et François ont des émotions si différentes face au même évènement?

Ce sont les **pensées**. Leur façon d'interpréter la remarque des parents est très différente. L'évènement est l'occasion, le déclencheur, mais ce sont les pensées à propos de celui-ci qui vont déterminer les émotions qui en découlent. Dans notre exemple, on peut imaginer que Robert se dit qu'il est un fardeau pour ses parents alors que François est heureux de constater que ses parents sont encore assez en forme malgré leur âge avancé pour les recevoir et trouve touchant qu'ils fassent un tel effort par affection pour eux.

Les pensées des personnes qui souffrent de dépression sont souvent comme des lunettes noires à travers lesquelles ils regardent la réalité. Les émotions qui découlent de ces pensées dépressives viennent nuire au fonctionnement. C'est pour cette raison qu'on les appelle des **émotions dysfonctionnelles**.

Si vous vous exercez à observer ces pensées et à voir les choses d'une manière plus constructive, il se peut que cela vous aide à diminuer vos émotions négatives, à améliorer votre fonctionnement et ainsi, surmonter vos symptômes dépressifs.

3.6.2. Développer l'habitude de prendre conscience des pensées qui provoquent vos émotions dysfonctionnelles.

Avant d'apprendre à remettre en question ces pensées, il est important d'apprendre à les identifier. Souvent, on les tient tellement pour acquises qu'on ne s'aperçoit pas qu'elles alimentent les émotions dysfonctionnelles. C'est pour cette raison qu'on les nomme des **pensées automatiques**. Même si ça peut sembler simple, il n'est pas facile de développer l'habitude d'y porter attention. C'est une habitude qui se développe avec la pratique.

Pour vous aider à y arriver, vous pouvez utiliser le **tableau d'enregistrement des pensées automatiques** disponible sur la page www.tccmontreal.com/section-grand-public. Vous pouvez commencer en n'utilisant que les **trois premières colonnes**. **À chaque fois que vous réalisez que vous ressentez une émotion désagréable, tentez de prendre quelques secondes pour porter attention aux pensées qui passent dans votre tête. Ne vous acharnez pas.** Si vous y arrivez, c'est excellent, mais si vous n'y arrivez pas c'est très bien aussi, car, à ce stade, le plus important est simplement de prendre l'habitude d'y porter attention. Cet exercice ne doit pas vous conduire à ruminer davantage vos pensées négatives, mais simplement à en prendre conscience. Une fois que vous avez essayé brièvement, dites-

vous que **ce ne sont que des pensées**, passez à autre chose et continuez vos activités. L'autre partie de l'exercice consiste à **noter quelques exemples par semaine, si possible un par jour**. Utilisez, pour ce faire, les trois premières colonnes du tableau d'enregistrement des pensées automatiques. Dans la première colonne, décrivez brièvement l'évènement. Dans la deuxième colonne, inscrivez les émotions désagréables que vous avez ressenties à ce moment en précisant leur intensité sur une échelle de 0 à 100% où 0 est la cote utilisée lorsque l'émotion est complètement absente et 100 lorsqu'elle est éprouvée avec l'intensité la plus extrême qu'on puisse imaginer. Dans la troisième colonne, tentez d'identifier les pensées qui vous passaient par la tête à ce moment-là. Portez une attention particulière à celles qui semblent avoir alimenté les émotions désagréables notées dans la colonne précédente. Dans l'exemple suivant, Robert a décrit, dans son tableau, le repas familial décrit précédemment.

| Évènement | Émotions (intensité 0 à 100%) | Pensées |
|--|---|---|
| <i>Mes parents nous ont reçus et après le repas, ils nous disent qu'ils sont fatigués.</i> | <i>Culpabilité 80% Dévalorisation 60%</i> | <i>Je suis un énorme fardeau pour mes parents. Ils ne méritent pas ça après tout ce qu'ils ont fait pour moi.</i> |

3.6.3. Remettre en question ces pensées puis les remplacer par des pensées plus appropriées. Observer le résultat au niveau des émotions et des comportements.

Vous savez maintenant comment identifier les pensées qui alimentent vos émotions dysfonctionnelles. Il s'agit maintenant de **mettre en doute la validité de ces pensées** pour pouvoir ensuite **les remplacer par des pensées plus utiles**, plus nuancées et plus appropriées. Voyons brièvement la façon de procéder.

Vous pouvez utiliser le **tableau d'enregistrement des pensées automatiques** illustré ci-dessous et disponible sur la page www.tccmontreal.com/section-grand-public. Parmi le flot de pensées que vous avez observées, concentrez-vous sur celles qui vous semblent être les plus

chargées émotionnellement. On les appelle parfois les pensées dominantes (*hot cognitions*, traduction littérale : « pensées chaudes »). Pour commencer, vous allez noter les arguments qui vous conduisent à croire que cette pensée est réaliste ou appropriée. Regardez ensuite l'autre côté de la médaille. Identifiez les arguments qui portent à croire que cette pensée n'est pas tout à fait exacte. Bref, vous **soupelez les arguments qui militent en faveur de la pensée et ceux qui la contredisent**. Cette étape vous permet généralement de réaliser que la pensée chaude n'est peut-être pas complètement vraie. Inscrivez ces arguments dans la quatrième et la cinquième colonne du tableau (voir l'exemple de Robert ci-dessous).

Une fois que vous avez mis en doute les pensées chaudes, essayer de trouver une autre façon de voir les choses qui seraient plus appropriées ou plus utiles. Notez-la dans la sixième colonne. Observer ensuite le résultat. Reprenez les émotions de la troisième colonne et remarquez si leur intensité a diminué. Pratiquez régulièrement. **Si possible, faites un exemple par jour.** Vous constaterez probablement qu'avec la pratique vous devenez graduellement plus habile à remettre en question vos pensées chaudes et ainsi vous parviendrez à une meilleure gestion de vos émotions.

| Évènement | Émotion | Pensée automatique | Faits qui soutiennent la pensée | Faits qui contredisent la pensée | Pensées alternatives | Résultat |
|---|---|--|---|---|--|---|
| Mes parents nous ont reçus et après le repas, ils nous disent qu'ils sont fatigués. | Culpabilité 80% Dévalorisation 60% | Je suis un énorme fardeau pour mes parents. Ils ne méritent pas ça après tout ce qu'ils ont fait pour moi. | Je sais que mes parents sont inquiets de me voir en difficulté. Ils ont vraiment l'air fatigués. Ils n'ont pas l'habitude de se plaindre pour rien. | Quand je suis arrivé, ils avaient l'air contents de me voir. La fatigue semble être apparue en fin de soirée, après qu'ils ont travaillé fort pour préparer le repas. | C'est vrai qu'ils sont inquiets pour moi, mais ce n'est probablement pas ça qui les a épuisés. | Culpabilité 30% Dévalorisation 40% |

3.6.4. On peut ensuite, si le besoin s'en fait sentir, identifier et remettre en question certaines croyances plus profondes.

Votre thérapeute pourra vous indiquer si cette étape peut vous être utile. Certaines de ces croyances peuvent nous prédisposer à la dépression. Mentionnons à titre d'exemple, le doute de soi, les exigences élevées et le perfectionnisme.

Voici deux ouvrages intéressants pour vous aider à identifier et ajuster ces croyances :

- BURNS, D.D. (1985) « **Être bien dans sa peau** ». **Deuxième et troisième parties, Ch. 4 à 12**. St-Lambert : Les Éditions Héritage Inc. ([Burns, 1994](#))
- YOUNG, J. E. et KLOSKO, J. S. (1995) « **Je réinvente ma vie** ». Les éditions de l'homme. ([Young, Perron, & Klosko, 2013](#))

3.7. Autres techniques

Plusieurs autres techniques peuvent s'avérer utiles. Parmi les plus fréquemment utilisées, mentionnons la technique de résolution de problème et l'affirmation de soi. Un guide portant sur l'affirmation de soi est à votre disposition dans la section grand public de notre site internet www.tccmontreal.com.

3.8. Cibler les ruminations : la méditation de pleine conscience (*mindfulness*)

Certaines recherches suggèrent qu'une pratique régulière de méditation ou de techniques apparentées (MBCT Mindfulness Based Cognitive Therapy for Depression et ACT Acceptance and Commitment Therapy) peut être efficace pour traiter la dépression et prévenir les rechutes. Ces approches permettent d'apprendre à gérer les pensées dominantes d'une manière complémentaire et différente de la démarche cognitive classique décrite dans la section 3.6. On vise ici une prise de distance par rapport à ces pensées. On adopte une position d'observateur ouvert. On apprend à observer les pensées sans y adhérer, ni les rejeter ni les juger, simplement les laisser passer. Un peu à la manière dont on observe les nuages qui passent dans le ciel.

Il se peut que votre thérapeute vous recommande certaines de ces approches. Il existe plusieurs bons ouvrages qui s'adressent au grand public. Le volume suivant présente de façon accessible plusieurs pratiques méditatives et comprend un CD pour vous accompagner dans vos exercices : ANDRÉ, C. (2011): « **Méditer jour après jour** », Iconoclast. ([André, 2011](#))

Vous pourrez aussi trouver les fichiers audio de méditation offerts par l'équipe du Dr Ngô dans la section « liens utiles pour tous » de la page www.tccmontreal.com/section-grand-public.

3.9. Maintenir les acquis et prévenir les rechutes

Au besoin, votre thérapeute pourra vous proposer diverses techniques visant à augmenter vos chances de maintenir l'amélioration à long terme et même de poursuivre votre progression après la fin de la thérapie.

Plusieurs mesures simples peuvent favoriser le maintien des acquis à long terme :

- Les entrevues de consolidation :
 - Il s'agit de quelques séances de thérapies espacées dans le temps, que votre thérapeute peut vous proposer, dans le but de vous aider à maintenir les changements qui vous ont été utiles.
- Le résumé de thérapie :
 - Il s'agit d'un exercice où vous prenez le temps de réfléchir à tout ce que vous avez fait pour vous rétablir, dans le but d'identifier ce qui vous a été le plus utile. Vous trouverez la feuille d'exercice intitulée : « Résumé de thérapie » sur la page www.tccmontreal.com/section-grand-public dans la section portant sur la dépression.
- La fiche de prévention des rechutes
 - Vous pouvez aussi préparer une fiche thérapeutique intitulée : « Est-ce que je fais une rechute? » Vous trouverez ce document et un exemple illustrant la façon de procéder sur la page www.tccmontreal.com/section-grand-public dans la section portant sur la dépression.

7.15 La thérapie cognitivo-comportementale expliquée au grand public (Collège Royal des Psychiatres 2009)

La thérapie cognitivo-comportementale

Objectifs

Ce dépliant est destiné à ceux qui veulent en savoir plus sur la thérapie cognitivo-comportementale ou TCC. Il traite de son mode d'action, ses indications, ses effets directs et secondaires ainsi que des traitements alternatifs.

Qu'est-ce que la TCC?

C'est une façon d'explorer:

- votre perception de vous-même, du monde en général et des autres
- comment votre comportement influence vos pensées et vos émotions.

La TCC peut vous aider à modifier votre façon de penser (l'aspect cognitif) et votre façon d'agir (l'aspect comportemental). Ces changements devraient améliorer votre état émotionnel. Contrairement à d'autres traitements, cette thérapie est centrée sur vos problèmes actuels. Au lieu d'analyser votre passé, pour trouver les causes de vos symptômes, cette forme de thérapie vous aide à trouver des techniques pratiques pour vous sentir mieux maintenant.

La TCC aide les personnes qui souffrent de troubles anxieux, dépression, crises de panique, agoraphobie et autres phobies (y compris l'agoraphobie et la phobie sociale), stress, boulimie, troubles obsessionnels-compulsifs, syndrome de stress post-traumatique, trouble bipolaire, psychose.

La TCC peut aussi vous aider si vous souffrez de crises de colère, si vous avez une faible estime personnelle, ou si vous avez des problèmes physiques, comme la douleur ou la fatigue.

Le mode d'action

La TCC vous aide à mieux comprendre vos problèmes en les décomposant en plusieurs éléments. On peut alors plus voir plus facilement les liens entre ces éléments et leur impact sur vous.

Ces éléments peuvent être divisés comme suit:

- un événement
- des pensées
- des émotions
- des sensations physiques
- des actions

Chaque élément peut influencer l'autre. Votre façon de percevoir un problème peut influencer vos sensations physiques et émotionnelles et par conséquent influencer votre comportement.

Il y a plusieurs façons de réagir à une situation. Cela dépend de votre perception de cette situation qui peut être aidante ou nuisible

Par exemple: Vous avez passé une mauvaise journée et vous êtes de mauvaise humeur. Vous sortez magasiner. Dans la rue, par hasard, vous rencontrez quelqu'un que vous connaissez et qui semble vous ignorer complètement.

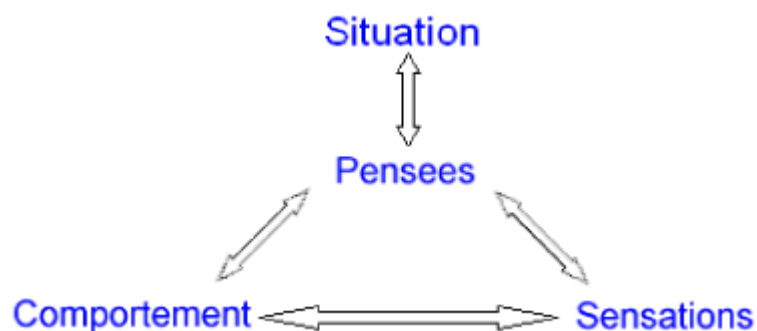
| | Négative | Positive |
|-------------------|--|--|
| Pensées | Il m'a ignoré donc il est fâché et ne m'aime pas | Il a l'air préoccupé; j'espère qu'il va bien |
| Emotions | Déprimé, attristé, rejeté | Inquiet pour la personne |
| Sensations | Crampes abdominales | Confortable |
| Physiques | Fatigue, nausée | |

| | Négative | Positive |
|---------------------|---|----------------------------------|
| Comportement | Retour à la maison et éviter cette personne | On l'appelle pour en savoir plus |

Dans cet exemple, on constate que la même situation a été interprétée de deux façons différentes. Les pensées ont eu un impact sur les émotions et les comportements. Les résultats sont donc différents dans les deux cas.

Dans la colonne gauche, on constate que la personne a sauté aux conclusions sans vérifier les faits. Conséquemment, elle a des émotions inconfortables et des comportements qui peuvent accentuer l'état d'anxiété et de dépression. Si on revient à la maison déprimé, on peut avoir tendance à ruminer sur ce qui s'est passé et se sentir encore plus déprimé. Si on contacte l'autre personne, on peut se sentir mieux. Si on évite l'autre personne, on ne pourra pas vérifier nos perceptions la concernant et conséquemment, on peut se sentir encore plus mal.

Voici un schéma simplifié du cycle liant les quatre éléments:



Ce 'cercle vicieux' peut avoir des effets nuisibles sur vos émotions. Il peut créer de nouvelles situations qui peuvent empirer votre état. Vous pourrez avoir une perception irréaliste et contre-productive de vous-même. En cas de détresse, on peut avoir

tendance à sauter aux conclusions et à interpréter les événements de façon extrême et contre-productive.

La TCC peut vous aider à briser ce cercle vicieux de pensées, émotions et comportement. En décortiquant les éléments de ce cycle vous pourrez (par des techniques enseignées pendant les séances) modifier votre état émotionnel. Avec le temps, vous trouverez vos propres trucs pour mieux faire face à ces problèmes.

Qu'est-ce que la TCC en pratique?

Les consultations

La TCC se fait en groupe et en individuel. Elle est aussi accessible à travers la lecture de livres spécialisés (par exemple, « Etre bien dans sa peau » de David Burns ou « Surmonter la dépression » de Dennis Greenberger et Christine Padesky) ou de programmes informatiques interactifs (ex. <https://moodgym.anu.edu.au/welcome>; <http://www.lltff.com>).

Si vous êtes en thérapie individuelle:

- Vous rencontrerez un thérapeute pour 5 à 20 sessions, chaque semaine ou à toutes les deux semaines. Chaque séance dure entre 30 et 60 minutes.
- Pendant les premières 2 à 4 séances, on pourra voir si vous êtes confortable avec cette forme de thérapie et si elle vous aide.
- Le thérapeute vous posera des questions sur votre passé et votre vie actuelle. Il est vrai que la TCC met l'accent sur le présent, mais il est important pour le thérapeute de connaître un peu votre passé pour en comprendre les impacts sur vous.
- Vous déciderez des priorités à court, moyen et long terme.
- En général vous commencerez vos séances par une discussion avec le thérapeute sur le contenu de la séance.

La thérapie

Avec le thérapeute vous allez décortiquer le problème en éléments distincts comme dans l'exemple précédent. Le thérapeute vous demandera de tenir un journal quotidien. Le journal vous aidera à identifier votre mode de pensée, vos émotions, vos sensations physiques et comportements.

Ensemble vous observerez vos pensées, émotions et comportements pour voir s'ils sont:

- Irréalistes ou contre-productifs
- Les liens entre ces éléments et leur impact sur vous

S'il ya lieu, le thérapeute vous aidera à ré-évaluer ces pensées et comportements.

C'est bien sur facile à dire, plus difficile à faire. Après avoir identifié les aspects à changer le thérapeute vous donnera des tâches à domicile- vous mettrez en application ce que vous aurez appris en thérapie. Vous pourrez par exemple:

1. remettre en question une pensée triste ou négative et la remplacer par une autre plus utile et plus réaliste
2. réaliser que vous aller poser des gestes qui auront un effet négatif sur votre état émotionnel et choisir d'adopter un comportement qui sera plus aidant

A chaque séance, vous évalueriez votre progrès depuis la dernière séance. Votre thérapeute peut vous suggérer des modifications si certaines tâches vous semblent trop difficiles ou contre-productives.

On ne vous forcera pas à faire des choses que vous ne voulez pas faire. Vous déciderez du rythme à suivre et du niveau qui vous convient. Un avantage de la TCC est que vous pourrez mettre en application les techniques même après la fin de la thérapie. Cela rend le traitement plus efficace à long terme et diminue les chances de rechute.

Qu'elle est l'efficacité de la TCC?

C'est l'un des traitements les plus efficaces pour les conditions comme la dépression et les troubles anxieux.

C'est le traitement psychologique le plus efficace pour les dépressions d'ordre modéré et sévère.

Elle est aussi efficace que les antidépresseurs pour plusieurs types de dépressions.

Quels sont les traitements alternatifs et qu'elle est leur efficacité?

La TCC est utilisée pour plusieurs conditions. Il n'est pas possible de toutes les énumérer. Voici les alternatives lorsque vous souffrez de dépression ou d'anxiété :

- La TCC n'est pas pour tout le monde et une autre forme de psychothérapie pourrait mieux vous convenir.
- La TCC est aussi efficace que les antidépresseurs pour plusieurs types de dépression. Il se peut qu'elle soit même relativement plus efficace pour les troubles anxieux.
- Pour les dépressions sévères, la TCC doit être utilisée en conjonction avec les médicaments. Les médicaments devraient vous aider à atteindre un état mental qui vous permette de participer à cette forme de thérapie.
- Les tranquillisants ne doivent généralement pas être utilisés à long terme pour les troubles anxieux. La TCC est préférable.

Les limites de la TCC

- La TCC n'offre pas une solution rapide. Un thérapeute est comme un entraîneur personnel qui conseille et encourage, mais ne peut pas 'agir' à votre place.
- Si vous êtes déprimé, il est souvent difficile de vous concentrer ou de vous motiver.
- Pour vaincre l'anxiété, il faut la confronter; vous pourriez vous sentir plus anxieux pendant un certain temps.

- Un bon thérapeute adaptera vos séances au rythme qui vous convient. Vous choisirez ce que vous faites ensemble et vous contrôlerez ainsi la situation.

Quelle est la durée du traitement?

La thérapie peut s'étaler sur une période allant de 6 semaines à 6 mois. Cela dépend de la nature de votre problème et de votre progrès. La TCC est plus ou moins disponible à travers le Canada et il est possible que vous soyez placé sur une liste d'attente avant de recevoir votre traitement.

Et si les symptômes revenaient?

Il y a toujours un risque d'un retour de la dépression ou des troubles anxieux. Dans ce cas, les techniques que vous avez apprises au cours de votre traitement devraient vous aider à mieux contrôler vos symptômes. Il est important que vous continuiez à pratiquer les techniques TCC même lorsque vous vous sentez mieux et en l'absence de symptômes.

Certaines recherches suggèrent que la TCC est plus efficace que les antidépresseurs pour diminuer les risques de rechute en dépression. Il se peut que vous deviez reconsulter votre thérapeute au besoin.

Quel sera l'impact de la TCC sur ma vie?

La dépression et l'anxiété sont très désagréables. Elles peuvent avoir des effets négatifs sur votre qualité de vie. La TCC peut vous aider à contrôler vos symptômes. Il est improbable qu'elle ait un impact négatif sur votre vie à part le temps que vous devrez consacrer à la thérapie.

Comment est-ce-que je peux profiter de la TCC?

Parlez à votre médecin généraliste. Il pourrait vous conseiller quelqu'un qui a suivi une formation dans la TCC - par exemple, un psychologue, une infirmière, un travailleur social ou un psychiatre.

Vous pourriez essayer de vous aider vous-même - avec un livre ou un programme d'auto-thérapie sur internet. La TCC vous aidera peut-être davantage si vous avez aussi le soutien d'un professionnel.

Que se passe-t'il si je ne veux pas de cette thérapie?

Vous pouvez toujours demander à votre médecin s'il y a d'autres formes de traitement. Vous pouvez aussi:

- vous informer au sujet de ce traitement et d'autres avant de prendre votre décision;
- essayer avant d'acheter, un livre ou un cd-rom pour quelques jours;
- attendre pour voir si vos symptômes s'améliorent sans traitement. Vous pouvez toujours recevoir la TCC à une date ultérieure.

Changement d'attitude: 10 faits clés sur la TCC

| | |
|---|---|
| Changez votre façon de penser et d'agir | Recherche: démontre que la TCC peut vous aider |
| Tâches à domicile: "C'est en forgeant qu'on devient forgeron" | Perspective : Regardez les événements d'un autre point de vue |
| Action : les actes pèsent plus que les paroles | Je peux le faire. Auto-traitement |
| Le besoin: identifiez le problème | Expérience: testez vos croyances |
| Objectifs: cherchez à atteindre vos buts | Ecrivez le: afin de vous souvenir de vos progrès |

© November 2009 Royal College of Psychiatrists. This leaflet may be downloaded, printed out, photocopied and distributed free of charge as long as the Royal College of Psychiatrists is properly credited and no profit is gained from its use. Permission to reproduce it in any other way must be obtained from the Head of Publications. The College does not allow reposting of its leaflets on other sites, but allows them to be linked to directly.

7.16 Texte préliminaire pour les participants à la thérapie cognitive basée sur la méditation

Texte préliminaire pour les participants à la thérapie cognitive basée sur la méditation.

Dépression :

La dépression est un problème très commun. Vingt pour cent (20%) des adultes deviennent sévèrement déprimés au moins une fois dans leur vie. La dépression implique des changements biologiques dans la façon dont le cerveau fonctionne et des changements psychologiques – dans la façon dont nous pensons et nous ressentons. À cause de cela, il est souvent utile de combiner des traitements médicaux pour traiter la dépression, pour agir sur le cerveau, avec des approches psychologiques qui enseignent des nouvelles façons d'aborder les pensées et les sentiments.

Traitement de la dépression.

Lorsque vous avez été déprimé(e) dans le passé, votre médecin peut vous avoir prescrit des antidépresseurs. Ils agissent par leurs actions sur les neurotransmetteurs dans votre cerveau. Dans la dépression, ces neurotransmetteurs travaillent de façon insuffisante, diminuant vos niveaux d'énergie et votre humeur, et dérangeant votre appétit et votre sommeil. Ça prend un certain temps aux antidépresseurs à corriger les neurotransmetteurs, mais la plupart des personnes verront des améliorations en six à huit semaines.

Même si les antidépresseurs habituellement travaillent bien pour réduire la dépression, ils ne sont pas une cure permanente – leurs effets continuent seulement aussi longtemps que vous continuez à les prendre. Votre médecin pourra continuer à vous prescrire des antidépresseurs pour des mois, ou même pour des années, puisque c'est maintenant la façon d'utiliser les antidépresseurs si l'on veut prévenir le retour de la dépression.

Cependant, bien des gens préfèrent utiliser d'autres méthodes pour prévenir d'autres dépressions. Ceci est le but du programme auquel vous êtes invité(e) à participer.

Prévention d'autre dépression.

Quelque soit la cause de votre dépression, l'expérience d'une dépression a des conséquences. L'une d'elles est que vos risques d'avoir une autre dépression sont augmentés. Le but de ce programme est d'augmenter vos chances de prévenir une autre dépression. Durant les séances de ce programme, vous allez apprendre des habilités pour vous aider à diriger vos pensées et vos sentiments d'une manière différente.

Puisque plusieurs personnes ont eu une dépression et sont à risque d'une autre dépression, vous allez apprendre ces habilités dans un groupe de huit personnes qui ont aussi déjà été déprimé(e)s et qui ont été traités avec des antidépresseurs. Durant huit séances de deux heures chacune le groupe va se rencontrer pour apprendre des nouvelles façons d'aborder ce qui se passe dans vos esprits, et pour partager et discuter avec les autres participants des expériences que vous allez vivre individuellement.

Travaux à domicile : l'importance de la pratique.

Ensemble, nous allons travailler pour changer des façons de penser (des « patterns ») qui ont été en opération depuis longtemps. Ces patterns peuvent être maintenant des habitudes bien ancrées. Nous pouvons nous attendre à réussir des changements seulement si nous mettons le temps et les efforts nécessaires pour apprendre de nouvelles habiletés.

Cette approche dépend entièrement sur notre volonté de faire les travaux à domicile entre les rencontres. Ces travaux à la maison vont prendre au moins une

heure par jour, six jours par semaine, pour les huit semaines, que va durer le programme. Cela va comporter des tâches comme écouter des cassettes enregistrées, faire de brefs exercices, et ainsi de suite dépendant des séances. Nous reconnaissons que cela est souvent très difficile de découper une portion de temps pour quelque chose de nouveau, étant donné que vos vies sont déjà très occupées et très chargées. Cependant, cet engagement de prendre du temps pour vos travaux à domicile est une partie essentielle du programme; si vous ne vous sentez pas capable de prendre cet engagement, il serait mieux de ne pas entreprendre le programme, à ce temps-ci.

Faire face aux difficultés.

Les séances et les travaux assignés peuvent vous enseigner à être plus conscients et à vivre au présent dans chaque instant de votre vie. La bonne nouvelle est que cela va rendre votre vie plus intéressante, plus vivifiante, plus gratifiante. D'un autre côté, cela veut dire affronter ce qui est présent, même quand cela est déplaisant et difficile. En pratique, vous allez trouver que faire face et reconnaître les difficultés est la façon la plus efficace, à long terme, de réduire les malheurs. Cela est aussi essentiel, pour prévenir d'autres dépressions. Le fait d'affronter clairement vos sentiments désagréables, vos pensées négatives, ou vos expériences pénibles, à mesure qu'elles se présentent, veut dire que vous allez être en meilleure position pour les déraciner à la source, avant qu'elles ne progressent dans une dépression plus forte ou plus résistante.

Durant les séances, vous allez apprendre des façons douces d'affronter vos difficultés, et vous serez supporté(e)s par vos instructeurs et les autres membres du groupe.

Patience et persistance.

Parce que nous allons travailler à changer des habitudes de penser qui sont solidement établies, vous allez devoir investir beaucoup de temps et d'effort. Les

résultats de ces efforts peuvent se manifester seulement plus tard. De bien des façons, ça ressemble beaucoup à jardiner – nous préparons le terrain, nous plantons les graines, nous nous assurons qu’elles sont bien arrosées et nourries, et alors seulement nous attendons patiemment les résultats.

Vous êtes sans doute familiers avec ce pattern comme dans votre traitement avec les antidépresseurs. Souvent, il n’y a pas de résultats jusqu’à ce que vous ayez pris la médication pour un certain temps. Néanmoins, l’amélioration de votre dépression dépendait sur votre continuation à prendre vos antidépresseurs, même lorsque vous ne sentiez pas de bénéfice immédiat.

De la même façon, nous vous demandons d’aborder les séances et les travaux à domicile avec un esprit de patience et de persistance, vous engageant à y mettre le temps et les efforts qui vous seront demandés, tout en acceptant, avec patience, que les fruits de vos efforts peuvent ne pas apparaître immédiatement.

Lors de la première rencontre, vous pourrez poser les questions que vous avez concernant cet énoncé; vous pourrez trouver utile de prendre en note les points que vous voudriez clarifier.

Bonnes expériences!

Traduit par Léon Maurice Larouche de Segal, Z, Williams, M., Teasdale, J (2002)
MBCT. Guilford

7.17 La psychothérapie interpersonnelle

LA PSYCHOTHÉRAPIE INTERPERSONNELLE

La psychothérapie interpersonnelle a pris naissance au début des années 80 grâce surtout aux travaux de deux Américains, Gerald Klerman, psychiatre, et Myrna Weissman, travailleuse sociale. Les deux sont de formation analytique mais ils ont été surtout influencés par l'école culturaliste de Harry Stack Sullivan, Eric Fromm et Adolf Meyer qui a contribué avant tout à mettre en évidence l'importance des relations interpersonnelles sur la formation de la structure de la personnalité de même que sur le fonctionnement de l'individu au quotidien. Plus tard, les apports de John Bowlby et sa théorie de l'attachement ont aussi beaucoup influencé la démarche thérapeutique.

L'approche interpersonnelle a spécifiquement pour but de traiter la dépression (ce n'est que tout récemment qu'on a commencé à l'utiliser pour d'autres pathologies) et elle répond à quatre objectifs spécifiques :

- Garder les aspects utiles de la psychanalyse pour traiter la dépression mais se débarrasser des aspects inutiles et encombrants.
- Tenir d'abord compte des aspects interpersonnels qui sont primordiaux dans l'origine et le maintien de la dépression.
- À partir de là, mettre sur pied une méthode de traitement simple, facile à comprendre et aisément accessible tant aux patients qu'aux soignants.
- En vérifier l'efficacité au moyen de recherches nombreuses et rigoureuses.

Ces objectifs ont été respectés et c'est la raison pour laquelle l'approche interpersonnelle a gagné rapidement en popularité pour devenir actuellement une des formes de psychothérapie la plus utilisée dans le traitement de la dépression.

PRINCIPES FONDAMENTAUX

Voyons très brièvement d'où origine la dépression selon l'hypothèse interpersonnelle.

Au cours de la petite enfance, suite à des déficits biologiques ou environnementaux, l'individu ne parvient pas à développer des relations interpersonnelles satisfaisantes. Devenu adolescent, ses relations interpersonnelles continuent d'être déficientes et il devient plus fragile aux pertes et à la dépression. Lorsque survient une dépression, ses faibles habiletés relationnelles diminuent à nouveau et il en résulte souvent du rejet de la part de l'entourage suivi d'isolement. Il

s'établit donc un cercle vicieux : plus l'individu est rejeté, plus il déprime et plus il déprime, plus il est rejeté et isolé.

L'approche interpersonnelle a donc pour but de palier à ce déficit au niveau des relations interpersonnelles. Les principales caractéristiques de son mode d'intervention sont les suivantes :

a) Les quatre types de problèmes interpersonnels les plus fréquents et les plus importants sont : la réaction de deuil pathologique, les conflits interpersonnels surtout conjugaux, les changements de rôle (divorce, retraite, perte d'emploi, changement d'emploi, déménagement, etc.) et les déficits interpersonnels en particulier la solitude. Dans l'approche interpersonnelle, le traitement est axé sur les relations interpersonnelles et il se limite à un seul de ces problèmes, parfois deux tout au plus.

b) La psychothérapie interpersonnelle est structurée dans ce sens qu'elle est limitée dans le temps (12 à 16 séances) et que les principales étapes sont bien décrites et délimitées.

c) Le thérapeute est actif et directif.

d) Il met l'accent sur les capacités du patient et il essaie surtout de lui montrer à s'adapter à ses problèmes plutôt que de les régler à jamais.

e) L'approche interpersonnelle est intégrative en ce sens qu'elle n'exclut pas la pharmacothérapie et qu'elle accepte la combinaison avec d'autres approches.

f) Elle est ouverte à la recherche qu'elle juge indispensable pour rendre la psychothérapie plus rigoureuse et efficace.

L'APPROCHE INTERPERSONNELLE DANS LE TRAITEMENT DE LA DÉPRESSION

Concrètement en clinique, l'approche interpersonnelle a développé quatre protocoles simples et relativement faciles à suivre qui correspondent aux quatre grandes problématiques interpersonnelles auxquelles elle s'intéresse. Ils comprennent tous les quatre les trois étapes suivantes:

- Bien identifier et documenter le problème.
- Établir des objectifs clairs et limités.
- Décrire la démarche à suivre pour les atteindre.

En voici une brève description.

La réaction de deuil

a) Bien diagnostiquer la présence d'un deuil pathologique (voir les sept indices les plus importants : ([Klerman, Weissman, Rounsaville, & Chevron, 1984](#)), p. 98.

b) Objectifs :

- Faciliter le processus de deuil.
- Permettre au patient de rétablir des intérêts et des relations pouvant se substituer à ceux ou celles qui ont été perdus.

c) Comment procéder :

- Discuter des circonstances et des conséquences entourant le décès ou la perte.
- Identifier et travailler les émotions dysfonctionnelles liées à la perte.
- Identifier et modifier les croyances dysfonctionnelles concernant la perte.
- Aider la personne à se refaire de nouveaux intérêts ou de nouvelles relations sociales (aspect comportemental).

Les conflits interpersonnels surtout conjugaux

a) Bien documenter la présence et la nature du ou des conflits.

b) Objectifs :

- Aider le patient à bien identifier la présence et la nature des conflits.
- Réévaluer et modifier les attentes irréalistes.
- Modifier les communications inadéquates.

c) Comment procéder :

- Identifier l'état présent de la relation de couple (renégociation, impasse, dissolution).
- Identifier les attentes et les rendre plus réalistes.
- Améliorer la communication.
- Si le couple se sépare, traiter le patient comme dans une réaction de deuil.

Les changements de rôle

a) Identifier les principaux stressors responsables de la dépression suite au

changement de rôle :

- Perte de support familial ou autres attaches.
- Présence d'émotions dysfonctionnelles : anxiété, tristesse, colère, etc.
- Difficultés à s'adapter aux nouvelles exigences du nouveau rôle.

- Diminution de l'estime de soi suite au changement de rôle (départ du conjoint, vieillissement, etc.)
- b) Objectif :
- Faciliter le deuil de l'ancien rôle et l'adaptation au nouveau rôle.
- c) Comment procéder :
- Identifier et restructurer les émotions dysfonctionnelles rattachées à la perte de l'ancien rôle ainsi qu'aux difficultés d'adaptation au nouveau rôle.
- Acquisition de nouvelles habiletés pour s'adapter au nouveau rôle.
- Développer de nouveaux intérêts et de nouvelles relations interpersonnelles valables dans le cadre du nouveau rôle.

Les déficits interpersonnels (se manifestant surtout par une solitude extrême)

- a) Bien documenter la nature du déficit interpersonnel, les stressseurs qui en résultent et leur rôle dans l'étiologie de la dépression.
- b) Objectif :
- Diminuer l'isolement du patient.
- c) Comment procéder :
- Revoir les aspects négatifs et positifs des relations interpersonnelles importantes dans le passé de l'individu.
- Exploration des aspects répétitifs dans ces relations.
- Identifier et restructurer les émotions et les croyances dysfonctionnelles du patient concernant ces relations plus ou moins ratées. Explorer les émotions et les croyances concernant la relation présente avec le thérapeute.
- Enseigner les habiletés sociales au patient (jeu de rôle).
- L'inciter à développer de nouvelles relations sociales.

Bibliographie

- Addis, M. E., & Martell, C. R. (2009). *Vaincre la dépression, une étape à la fois*. Montréal: Éditions de l'homme.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-5)* American Psychiatric Publishing.
- André, C. (2011). *Méditer jour après jour: L'iconoclaste*.
- Beck, A. T., & Rush, A. John. (1979). *Cognitive Therapy for Depression*: Guilford Press.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond* (2nd ed.): Guilford Press.
- Bentler, L.E., Machado, P.P.P, Engle, D., Mohr, D. (1993). *Differential Patient Treatment among Cognitive, Experiential and Self-directed Psychotherapies*. Journal of Psychotherapy Integration, 3, 15-30.
- Blackburn, I. M., & Cottraux, J. (1988). *La thérapie cognitive de la dépression*. Paris: Masson.
- Blier, P., El Mansari, M. (2013). *Serotonin and beyond: therapeutics for major depression. Philosophical Transactions: Biological Sciences* Vol. 368, No. 1615, The neurobiology of depression—revisiting the serotonin hypothesis. II. Genetic, epigenetic and clinical studies (5 April 2013) (pp. 1-7).
- Burns, D. D. (1994). *Être bien dans sa peau: Héritage*.
- Chaloult, L., Ngo, T. L., Goulet, J., & Cousineau, P. (2008). *La thérapie cognitivo-comportementale: théorie et pratique*: Gaëtan Morin Éditeur.
- Cottraux, J. (1990). *Les thérapies comportementales et cognitives*. Paris: Masson.
- Dobson, K. S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol*, 57(3), 414-419.
- Fava, G. A., Grandi, S., Zielezny, M., Rafanelli, C., & Canestrari, R. (1996). Four-year outcome for cognitive behavioral treatment of residual symptoms in major depression. *Am J Psychiatry*, 153(7), 945-947. doi: 10.1176/ajp.153.7.945
- Fontaine, O., & Apfeldorfer, G. (1984). *Cliniques de thérapie comportementale*: Mardaga.
- Greenberg, D., & Padesky, C. A. (1995). *Mind over Mood*. New-York: Guilford Press.
- Greenberg, D., & Padesky, C. A. (2005). *Dépression et anxiété : comprendre et surmonter par l'approche cognitive*: Décarie Éditeurs.
- Hawton, K. (1989). *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide*: Oxford University Press.
- Hayes, S., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy, Second Edition: The Process and Practice of Mindful Change*. New-york: Guilford Press.
- Kennedy, S. (2009) CANMAT *clinical guidelines for the treatment of major depressive disorders in adults*. Journal of Affective Disorders, 117, S1-2.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, Bruce J., & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*: Basic Books.
- Leahy, R.L., & Holland, S.J. (2000). *Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2000). *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de la personnalité état limite*. Genève: Éditions Médecine et Hygiène.
- Linehan, M.M. (2014). *DBT® Skills Training Manual, Second Edition*: Guilford Publications.
- Luty, S. E., Carter, J. D., McKenzie, J. M., Rae, A. M., Frampton, C. M., Mulder, R. T., & Joyce, P. R. (2007). Randomised controlled trial of interpersonal psychotherapy and cognitive-

- behavioural therapy for depression. *Br J Psychiatry*, 190, 496-502. doi: 10.1192/bjp.bp.106.024729
- Public Health Agency of Canada (2006). *The Human Face of Mental Health and Mental Illness In Canada*. Récupéré du site gouvernemental: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/index-eng.php>
- Robinson, L. A., Berman, J. S., & Neimeyer, R. A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: a comprehensive review of controlled outcome research. *Psychol Bull*, 108(1), 30-49.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression* (2nd ed.). New-York: Guilford Press.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Teasdale, J.D., & Kabat-Zinn, J. (2012). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression, Second Edition*: Guilford Publications.
- Williams, M. (2009). *Méditer pour ne plus déprimer: La pleine conscience, une méthode pour vivre mieux*: O. Jacob.
- Young, J.E., Perron, M., & Klosko, J.S. (2013). *Je Réinvente Ma Vie: Vous Valez Mieux Que Vous Ne Pensez*: Editions de l'Homme.