

La psychothérapie

les enjeux de la collaboration du patient dans le traitement de la dépression

par Marlène Carmel et Stéphanie Murray

Pour plusieurs patients en dépression, la voie du rétablissement se trouve dans la combinaison d'approches pharmacologiques et psychothérapeutiques. Dans le présent article, nous vous proposons quelques outils thérapeutiques à la fois stratégiques, cognitifs et comportementaux. Il s'agit d'une approche centrée sur le client qui s'adapte facilement à la pratique médicale.

Demande d'aide

Sans revenir sur tous les symptômes de la dépression, il est utile de se rappeler que certains symptômes rendent difficile la mobilisation du patient dans une démarche thérapeutique. L'apathie, la perte d'intérêt, la fatigue, l'anticipation d'un avenir sombre et le désespoir sont des manifestations qui biaisent la perception du patient et limitent l'élan vers le changement. Même si tous les thérapeutes reconnaissent que la collaboration active du patient à son traitement est nécessaire, cet axiome est encore plus véridique avec les personnes déprimées. Pour modifier un comportement ou une attitude, il faut que le patient croit qu'il est en mesure d'atteindre l'objectif visé et qu'il possède l'énergie nécessaire. De fait, un patient déprimé se décourage facilement devant des recommandations, aussi fondées soient-elles, qui ne représentent pas à cet instant de sa vie un levier de changement. Pour maximiser les chances de réussite, le thérapeute doit choisir un modèle d'intervention avec lequel il se sent à l'aise et compétent et surtout une approche thérapeutique et un objectif de traitement qui conviennent au patient.

Il importe d'adapter le traitement aux besoins spécifiques du patient. La gravité des symptômes représente un point central pour déterminer la meilleure séquence de traitement. Lorsqu'une personne est envahie par ses émotions,

est incapable d'accomplir ses activités quotidiennes, ne dort pas suffisamment, n'arrive pas à poser des actions concrètes ou ne parvient pas à prendre du recul face à elle-même, il est difficile d'entreprendre une démarche de changement sans aide pharmacologique. Toutefois, si les symptômes sont moins importants, vous pouvez négocier avec votre patient un délai avant de lui prescrire un médicament, tout en établissant des actions concrètes qu'il doit accomplir avant le prochain rendez-vous afin de rétablir l'équilibre. La capacité de votre patient à se mobiliser rapidement vous aidera, de même que votre patient, à mieux évaluer la nécessité d'un médicament. À l'inverse, lorsqu'un patient ne souhaite qu'un traitement pharmacologique et ne veut pas aborder plus amplement sa situation, vous pouvez l'informer davantage du rôle et des limites des médicaments.

Demeurez attentif afin de bien dissocier les plaintes verbalisées des réelles demandes d'aide qui vous sont adressées. N'oubliez pas que plusieurs patients parlent de leur souffrance psychologique sans nécessairement vouloir entreprendre une psychothérapie. Vous vous retrouvez donc seul à travailler pour qu'un changement survienne.

Une façon d'éviter ce piège est d'être attentif à la théorie du changement du patient en précisant ses attentes. Vous pouvez lui demander : « Qu'est-ce qui pourrait vous aider à aller mieux ? Comment puis-je vous aider concrètement ? »

Vous pouvez vérifier avec votre patient s'il se sent à l'aise d'entreprendre une psychothérapie avec vous, tout en vous demandant si vous souhaitez commencer une relation d'aide avec cette personne. La plupart des patients se sentent tout à fait à l'aise avec leur médecin et trouvent très avantageux

M^{mes} Marlène Carmel et Stéphanie Murray, psychologues, exercent au CLSC-CHSLD Sainte-Rose-de-Laval. Elles sont titulaires d'une maîtrise en psychologie.

d'effectuer une telle démarche avec une personne qu'ils connaissent. Néanmoins, certains éprouvent un malaise à penser que les aspects physiques et psychologiques seront traités par la même personne. D'autres personnes vivent un inconfort si leur thérapeute est aussi le médecin d'autres membres de la famille. En proposant plusieurs options d'entrée de jeu, vous permettez au patient de choisir de façon éclairée sans lui mettre de pression. Par un entretien franc, le médecin et le patient établissent un contrat thérapeutique et instaurent une mobilisation vers la diminution des symptômes dépressifs et la création d'un état de bien-être.

Traitement de la dépression selon le modèle cognitif comportemental

L'accompagnement d'une personne déprimée doit nécessairement commencer par la recherche des causes de la dépression. La discussion à ce sujet entraîne fréquemment chez le patient une diminution du sentiment de culpabilité lié aux symptômes dépressifs et, paradoxalement, une responsabilisation face au changement à apporter. C'est aussi un moyen de faire participer activement le patient à sa thérapie. Selon le modèle cognitif comportemental, l'apparition des premiers symptômes dépressifs découle d'un ensemble de facteurs (vulnérabilité biologique, système de valeurs, fragilité psychologique, suite d'événements et épuisement physique). Il en résulte souvent une diminution du plaisir de vivre et une perception négative de la vie et de soi. Comme elle ne trouve plus de plaisir dans l'exécution de ses activités quotidiennes et qu'elle ne croit plus avoir sa place, la personne à l'humeur dépressive réduit ses activités habituelles, ce qui engendre de plus en plus d'inactivité et une impression de ne plus être capable de mener à bien ses tâches. La diminution des activités entraîne systématiquement une réduction des renforcements positifs (le plaisir d'être avec autrui, la satisfaction d'accomplir quelque chose pour soi ou pour les autres ou le plaisir de pratiquer certains loisirs). Au tout début, l'entourage de la personne dépressive tente par plusieurs moyens de l'aider. Avec le temps, le réseau social s'épuise. L'entourage se décourage devant l'apathie et le manque d'intérêt du patient et peut même se désinvestir de la relation. La personne déprimée perd alors plusieurs renforcements positifs (le plaisir des contacts sociaux, les encouragements manifestés par l'entourage, les recadrages face aux distorsions cognitives du type « je suis sans valeur »). Cette diminution des renforcements positifs accentue à son tour la gravité de la dépression.

Objectifs de traitement

Quatre préoccupations incontournables sont toujours au premier plan dans le traitement de la dépression : les idées suicidaires, le sommeil, l'isolement affectif et les facteurs de stress aigus ou chroniques. Pourquoi ceux-ci ? Évidemment, les risques liés aux idées suicidaires et la difficulté de s'investir dans la vie lorsqu'on pense à la mort sont des explications suffisantes pour en faire une priorité. L'axe d'intervention à retenir, mis à part une évaluation précise, directe et fréquente de la question du suicide, vise la transmission de l'espoir de s'en sortir et l'instauration d'un filet de sécurité encadrant pour soutenir la personne¹. Pour sa part, le sommeil doit être mis au premier plan parce que la personne déprimée ne peut apporter de changements dans sa vie sans l'énergie nécessaire. De plus, la fatigue associée à l'insomnie entraîne chez la personne une moins grande maîtrise des pensées irréalistes négatives, ce qui exacerbe l'ensemble des manifestations dépressives. Plusieurs stratégies comportementales simples et efficaces existent pour appuyer le traitement médicamenteux ou même le remplacer lorsque c'est indiqué².

Il est également utile de s'attarder sur l'isolement du patient, le cas échéant. Une personne seule a tendance à se confirmer à elle-même qu'elle est inadéquate, ce qui perpétue le cercle vicieux de la dévalorisation de soi. La famille et les organismes communautaires de votre région peuvent vous être d'une grande utilité pour inciter le patient à sortir de son isolement*. Par contre, il n'est pas toujours facile d'aider une personne à utiliser davantage son réseau ou à s'en construire un nouveau. La honte, l'impression d'être un fardeau et le sentiment d'être inadéquat socialement sont des obstacles présents qui peuvent cependant être contrés par plusieurs moyens, comme l'apprentissage des habiletés sociales, la restructuration cognitive, etc. Enfin, il est important de vérifier la présence de facteurs de stress aigus et chroniques ou de traumatismes passés qui contribuent à maintenir l'état dépressif (violence conjugale, difficultés chroniques au travail, abus dans le passé, etc.) et d'encourager des actions concrètes pour les éliminer. N'hésitez pas à normaliser la souffrance vécue dans ces situations et à nommer les processus d'adaptation que la personne utilise pour y faire face. Dans votre travail auprès des gens souffrant de dépression, vous vous apercevrez rapidement que certains thèmes reviennent

* Vous pouvez diriger vos patients vers la ligne Info-Santé ou le CLSC de votre région pour connaître les ressources disponibles.

plus souvent : la dévalorisation de soi (notamment le sentiment de n'avoir aucune valeur personnelle), la culpabilité excessive, une colère déplacée ou inappropriée, un faible sentiment d'efficacité personnelle, une affirmation de soi très faible ou inadéquate et une vision erronée ou peu nuancée du passé et de l'avenir. En général, tous ces thèmes sont interreliés. Ils sont à la fois la cause et la conséquence de chacun. Vous pouvez donc commencer le traitement en ciblant l'objectif qui motive davantage le patient, celui qui est le plus réaliste actuellement ou encore celui qui apportera le plus grand soulagement.

En parlant avec le patient, vous vous êtes probablement fait une bonne idée des éléments qui contribuent à sa souffrance. Votre formation, votre expérience clinique et votre intuition peuvent vous entraîner à proposer rapidement un plan d'action. Il est utile de garder à l'esprit que l'investissement du patient est continuellement menacé par son désir plus ou moins conscient d'être pris en charge par un professionnel. Dans cette perspective de collaboration active, il est plus efficace de demander au patient de formuler, dans ses propres mots, son objectif de changement (*tableau I*).

Cette réflexion avec le patient favorise la collaboration et permet d'objectiver les indices d'efficacité de la thérapie. Ces indices peuvent aussi vous aider à déceler et à recadrer des attentes de changement irréalistes.

Le changement visé a d'abord pour objectif le retour au

T A B L E A U I

Questions pour cerner l'objectif de changement

- Quel changement souhaitez-vous apporter dans votre vie ?
- Comment allez-vous savoir que vous commencez à aller mieux ?
- Quel indice permettra à votre entourage de s'en rendre compte ?
- Quel serait le premier indice d'amélioration de votre état ? Quel serait le suivant ?
- Sur une échelle de 1 à 10, 10 étant votre état habituel, où vous situez-vous actuellement ?
- Que ferez-vous de différent quand vous irez mieux ? Quelles actions accompliriez-vous ou quels comportements adopteriez-vous ?
- Quelle personne pourrait vous aider dans votre rétablissement ?
- Comment pourrait-elle vous aider ?
- Pensez-vous que ce serait utile de l'inviter à notre prochaine rencontre pour discuter avec elle de l'aide qu'elle peut vous offrir ?

fonctionnement antérieur et, si possible, l'amélioration de l'état global afin d'éviter le plus possible une rechute. Vos interventions ont pour but d'aider le patient à améliorer son comportement et ses attitudes, tant envers lui-même qu'envers les autres. Elles visent également à évaluer les facteurs extérieurs qui ont contribué à la dépression. La personne a sa propre vision du problème, des changements à apporter et des moyens à prendre pour y arriver. Si les symptômes de la dépression sont similaires d'un patient à l'autre, les facteurs déclenchants, précipitants et d'entretien ainsi que le processus de rétablissement sont, quant à eux, uniques à chaque personne. Le défi de la thérapie est de constamment adapter les interventions au rythme, à la volonté et à la capacité du patient. Malgré la

Dans votre travail auprès des gens souffrant de dépression, vous vous apercevrez rapidement que certains thèmes reviennent plus souvent : la dévalorisation de soi (notamment le sentiment de n'avoir aucune valeur personnelle), la culpabilité excessive, une colère déplacée ou inappropriée, un faible sentiment d'efficacité personnelle, une affirmation de soi très faible ou inadéquate et une vision erronée ou peu nuancée du passé et de l'avenir.

Si les symptômes de la dépression sont similaires d'un patient à l'autre, les facteurs déclenchants, précipitants et d'entretien ainsi que le processus de rétablissement sont, quant à eux, uniques à chaque personne. Le défi de la thérapie est de constamment adapter les interventions au rythme, à la volonté et à la capacité du patient.

R E P È R E S

T A B L E A U II

Questions pour cerner les répercussions de la dépression

- Quelles sont les répercussions de la dépression sur votre vie ?
- Quel secteur de votre vie est le plus touché ? Le moins touché ? Comment expliquez-vous cela ?
- Qu'avez-vous réussi à préserver (relations, activités, travail, etc.) malgré vos symptômes ?
- Quelles sont les préoccupations qui reviennent le plus souvent ? À quelle fréquence ? Quelle en est la durée ?
- À quel moment de la journée ou de la semaine la dépression est-elle moins présente ?
- À quoi attribuez-vous votre état dépressif ?
- Pouvez-vous mettre un pourcentage sur chacun des éléments qui ont contribué à vous rendre dépressif ?
- Y a-t-il des événements, des situations ou des relations interpersonnelles qui contribuent à maintenir votre état dépressif ?

52 précision de vos questions, vous constaterez rapidement que les patients dépressifs ont souvent de la difficulté à visualiser concrètement leur objectif de changement. La présence de distorsions cognitives, de croyances erronées et de difficultés qui perdurent depuis longtemps amènent les personnes dépressives à adopter une perspective centrée sur leurs souffrances passées et présentes, ce qui rend difficile la projection dans un avenir meilleur. Néanmoins, persévérez pour déceler les indices de changement observables. Ce travail, à lui seul, est déjà une source de mobilisation vers une attente de changement positive.

Thérapie cognitive comportementale³⁻⁵ ?

Dans le traitement de la dépression, il est essentiel de commencer par un registre d'activités comprenant le retour à de saines habitudes de vie : alimentation, sommeil, réseau de soutien et activités physiques. D'ailleurs, il est souvent bénéfique d'encourager la personne à planifier ses journées en fonction de ce qui peut contribuer à son mieux-être plutôt qu'en fonction de son intérêt ou de son manque d'intérêt pour certaines activités.

Par exemple, Myriam a remarqué qu'il est profitable pour elle d'assister à un souper de famille même si elle n'en a pas envie et qu'elle a peu d'énergie, car elle rumine moins longtemps et moins fréquemment lorsqu'elle est entourée.

Il est également primordial de tenir compte de l'énergie de la personne dans l'orientation des actions à poser

et dans la définition des objectifs thérapeutiques. Au cours de la première semaine de thérapie, vous pouvez recommander à votre patient de s'observer, sans chercher nécessairement à apporter un changement. Cette étape est difficile, mais elle permet souvent à la personne de prendre conscience de la nécessité d'un changement. Elle vous permet également de mieux définir concrètement la nature des difficultés (*tableau II*).

En résumé, la thérapie cognitive comportementale est fondée sur une formulation précise des difficultés vécues par le patient. Chaque symptôme est défini en détail et transformé en objectif de traitement, ce qui permet d'élaborer un plan de traitement précis. *Par exemple, lorsque Myriam se plaint d'être*

si fatiguée qu'elle passerait la journée au lit, il est pertinent de l'aider à comprendre comment cela nuit à ses activités quotidiennes, tant professionnelles que personnelles. Vous pouvez lui demander de vous indiquer les facteurs qui causent et perpétuent cette fatigue et les pensées qui y sont associées.

Comme toute thérapie, l'application de cette approche nécessite une alliance thérapeutique ainsi que la participation active de la personne. Autrement, les techniques deviennent inefficaces, voire même inutiles. Le thérapeute commence toujours par écouter, valider, normaliser les émotions associées à la situation et à en faciliter l'expression de sorte que le patient se sente compris et accepte de remettre en question ses pensées et ses croyances. Prendre le temps d'être attentif à la personne représente la première clé du succès de la thérapie⁶. Cette présence manifestée par vos reflets, vos reformulations, votre attitude non jugeante et votre empathie vous permet ensuite de mettre en doute de façon progressive les perceptions et les interprétations du patient. Sans cette condition préalable, vos interventions risquent d'être perçues comme une critique ou un jugement. Pour permettre au patient d'entrevoir des solutions, il faut l'aider à diminuer l'envahissement émotionnel qu'il ressent.

Le processus d'écoute et de soutien entamé, vous devez poursuivre votre travail en enseignant à votre patient à repérer et à évaluer ses pensées et croyances irréalistes et à y réagir. À la base, les pensées automatiques sont des pen-

sées ou des images spontanées qui ne sont pas nécessairement conscientes pour l'individu. Elles sont généralement courtes et ne sont pas le résultat d'une réflexion ou d'une délibération. La plupart du temps, la personne considère ses pensées automatiques comme une vérité (*tableau III*). Dans des périodes de bien-être psychologique, il ne met pas en doute leur utilité ni leur validité.

Exemple de pensées de Myriam : Comment se fait-il que je n'y arrive pas ? Je suis vraiment nulle. Je n'arriverai pas à tout faire. Que vont-ils penser ?

Sous-jacentes aux pensées automatiques irréalistes, les distorsions cognitives sont en fait des erreurs de raisonnement. Il s'agit d'une lunette particulière prise pour analyser les situations de la vie. Les personnes souffrantes psychologiquement ont tendance à faire plus d'erreurs d'interprétation et à faire souvent les mêmes. Très tôt dans le processus thérapeutique, vous vous apercevrez que deux ou trois erreurs reviennent plus fréquemment. Vous pourrez donc aider le patient à observer et à restructurer sa pensée afin qu'il ait une vision plus réaliste (*tableau IV*). Après quelques semaines de traitement, les symptômes s'apaisent, et la personne devient de plus en plus capable de remettre en question ses pensées irréalistes. À l'aide de vos interventions cognitives, elle interprète certaines situations autrement. N'hésitez pas, tout au cours de la démarche thérapeutique, à demander aux patients de noter ses observations.

Collaboration du patient et mobilisation de ses ressources

Toujours dans l'optique d'améliorer la collaboration du patient, plusieurs auteurs de l'approche stratégique ont

T A B L E A U III

Comment repérer et définir concrètement les pensées automatiques

- Qu'est-ce que vous vous êtes dit à ce moment précis ?
- À quoi avez-vous pensé au moment où vous vous êtes senti découragé ?
- Actuellement, jusqu'à quel point croyez-vous que vous êtes nul (0 % – 100 %) ?
- Quelles sont les émotions que cette pensée fait surgir ?
- Jusqu'à quel point cette pensée est-elle envahissante et forte (0 % – 100 %) ?
- À quel moment ou dans quelle situation particulière cette pensée est-elle présente ?
- Comment vous êtes-vous senti dans votre corps ?

Technique Colombo : Aider le patient à définir et à clarifier le sens des mots.

- Que voulez-vous dire par « nul » ?

Découverte guidée : Aider le patient à établir les liens entre les pensées, les émotions, les images, les comportements et les sensations.

- Alors quoi ?
- Qu'est-ce que cela voudrait dire ?
- Que peut-on comprendre ?
- Qu'est-ce qui arriverait si... ?
- Qu'avez-vous fait ensuite ?

montré la pertinence d'utiliser les mots dont se sert le patient comme moyens de maintenir une bonne relation thérapeutique⁷. Il n'est pas toujours facile pour le patient de traduire ce qu'il vit en mots. Les personnes choisissent spontanément des expressions ou des images particulières pour décrire leurs symptômes, leurs difficultés et leur objectif de changement. Si vous observez bien, vous remarquerez que le patient se détend lorsqu'il se sent compris.

Il y a plusieurs façons de soutenir le lien thérapeutique par l'entremise du langage. La première est de vous synchroniser avec le patient, en reprenant ses mots et ses métaphores dans la formulation de vos questions. Afin de mieux vous faire comprendre, vous pouvez également

Il y a plusieurs façons de soutenir le lien thérapeutique par l'entremise du langage. La première est de vous synchroniser avec le patient, en reprenant ses mots et ses métaphores dans la formulation de vos questions.

T A B L E A U IV

Questionnement socratique

Attention à ne pas commettre l'erreur du débutant en essayant de convaincre votre patient que ses pensées sont erronées. Utilisez plutôt la technique du questionnement socratique en semant progressivement le doute avec empathie et en présentant sans prétention l'envers de la médaille. Ces questions ont pour objectif de semer le doute chez l'individu quant à la validité ou à l'utilité de ses pensées automatiques et de ses croyances.

- Est-ce bien vrai ?
- Serait-il possible de le voir autrement ?
- Que ferait une autre personne à votre place ?
- En êtes-vous bien sûr ?
- Vos sources d'information sont-elles bonnes et fiables ?
- Et si cela arrivait, quelle en serait la pire conséquence ?
- Admettons que vous avez vraiment fait une erreur, est-ce si terrible ?
- Pourriez-vous quand même être heureux ?
- En quoi êtes-vous obligé ?
- Pourrait-on imaginer d'autres solutions ?
- Avez-vous tendance à confondre hypothèses et certitudes ?
- Sur quelles preuves vous basez-vous pour dire cela ?

dans l'élaboration d'un plan de traitement⁸. Votre travail de thérapeute est de faire ressortir les forces du patient et de l'aider à les utiliser pour résoudre ses difficultés liées à la dépression. Si vous n'interrogez pas la personne sur cet aspect de sa vie, elle n'en parlera pas nécessairement. En effet, le patient a déjà des attitudes, des comportements, des façons de penser qu'il utilise avec succès dans d'autres secteurs de sa vie et qui peuvent être mis à contribution dans la thérapie⁹. Ces ressources peuvent être mises en évidence et transférées dans un autre secteur de sa vie pour l'aider à résoudre la dépression qui l'afflige.

Chercher et trouver les compétences d'une personne déprimée qui ne croit plus en elle-même peut représenter un défi, surtout lorsqu'elle est moins bien outillée pour faire face à la vie. En effet, il est fréquent qu'une personne souffrant de dépression n'arrive pas à nommer ses ressources personnelles ; cela fait partie du ta-

54
créer des métaphores à partir du métier ou des intérêts de la personne. *Par exemple, lorsque Myriam mentionne se sentir aussi épuisée qu'en fin d'année scolaire, vous pourriez lui demander : « Combien de temps pensez-vous pouvoir écrire avec un stylo qui n'a presque plus d'encre ? »*

Pour aider votre patient à trouver des pistes de solution, vous devez vous renseigner sur ses compétences avant même de proposer de nouveaux moyens. Par définition, une personne déprimée a une image négative d'elle-même. En posant directement des questions sur les forces, les compétences et les ressources du patient, vous diminuez son sentiment que l'avenir est bouché et vous l'aidez à croire en ses capacités. Milton Erickson a été le premier à utiliser consciemment les ressources du patient

bleau clinique standard. Le simple fait d'accompagner la personne dans cette recherche et d'être convaincu qu'elle détient des compétences est thérapeutique en soi. Si le patient n'est pas capable de nommer ses compétences présentes, questionnez-le sur ses expériences passées. Remontez aussi loin que dans l'enfance, au besoin. Ensuite, lorsqu'il aura nommé des compétences, passez à l'étape de reconnaissance des habiletés acquises pour devenir compétent. L'exploration du champ de compétences par l'attention portée sur le sujet et par le nombre de questions posées permet à la personne de mieux percevoir ses habiletés et de sentir qu'elles sont reconnues. Enfin, l'utilisation des ressources personnelles pour faire face au problème vécu représente la dernière étape de ce processus.

Par définition, une personne déprimée a une image négative d'elle-même. En posant directement des questions sur les forces, les compétences et les ressources du patient, vous diminuez son sentiment que l'avenir est bouché et vous l'aidez à croire en ses capacités.

R E P È R E

Pour y arriver, le thérapeute doit aider le patient à faire le parallèle entre ses habiletés actuelles et celles qu'il doit acquérir pour atteindre l'objectif fixé en thérapie.

Au tout début, le fait de parler de ses compétences provoque chez le patient un changement dans la perception qu'il a de lui-même. Il réalise, et vous aussi, qu'il a aussi des forces et pas seulement des faiblesses. Il peut alors utiliser ses compétences dans un autre contexte de vie (tableau V). De plus, cette intervention permet de recadrer certaines critiques dévalorisantes qu'entretient la personne déprimée, d'augmenter le sentiment d'efficacité personnelle et d'amener, par conséquent, une mobilisation vers le changement.

Il devient aussi plus facile pour le thérapeute de suggérer de nouvelles habiletés. La mobilisation du patient est plus grande, car il se sent compris et valorisé. En effet, par ce type d'intervention, vous envoyez à la personne le message que vous croyez qu'elle a les capacités pour vaincre sa dépression. Vous lui indiquez ainsi qu'elle possède des compétences et qu'elle peut s'en servir pour aller mieux. Pour une personne déprimée qui n'est pas certaine de parvenir à se rétablir, ce message est précieux. De plus, vos prescriptions de tâche ou d'observation seront plus justes, car vous connaîtrez mieux le contexte de vie du patient.

Une autre façon d'aider le patient à atteindre son objectif est d'utiliser les événements qui surviennent dans sa vie et qui constituent des leviers de changement. Il peut s'agir de nouvelles rencontres ou de situations inattendues qui l'aident dans la résolution de son problème. Ces éléments extrathérapeutiques témoignent des forces, des ressources préexistantes, de la résilience et de la capacité d'actualisation du patient ainsi que de ses habiletés à aller chercher de l'aide et du soutien dans son entourage¹⁰.

Une façon pour le thérapeute de tirer profit des forces du patient et des éléments fortuits générateurs de changement est d'interroger ce dernier sur la façon dont il est par-

venu à solutionner un problème ou à surmonter une difficulté dans le passé. Vous pourriez ainsi demander à Myriam : *Comment avez-vous trouvé cette solution ? Comment avez-vous réussi à vous adapter à cette situation ?*

EN CONCLUSION, le traitement de la dépression nécessite un accompagnement du patient dans ses diverses zones de souffrance et de compétence. Votre présence à la fois active et en même temps centrée sur son cheminement lui permettra d'être en mesure d'exercer un pouvoir sur sa vie. ☸

T A B L E A U V

Comment mettre en évidence les compétences du patient ?

Questions pour cerner les compétences

- Quels sont vos loisirs, vos intérêts, vos activités habituels ?
- Dans votre milieu (travail, famille, loisirs), pour quelles qualités ou compétences êtes-vous reconnu ?
- Dans le passé, comment avez-vous surmonté vos moments difficiles (maladie, mortalité, rupture, etc.) ?
- Comment le changement se fait-il habituellement dans votre vie ?

Reconnaissance des compétences

- Qu'avez-vous fait pour devenir... « un bon entraîneur de patinage » ?
- Quel discours tenez-vous... « aux participants pour les motiver et les encourager à persévérer malgré les difficultés » ?
- Que vous êtes-vous dit pour vous encourager devant ce défi ?
- Quelles sont les habiletés ou les connaissances que vous avez acquises par vos expériences passées ?
- Comment pouvez-vous les utiliser pour vous aider dans votre situation actuelle ?

Exploitation des compétences

- Est-ce que votre persévérance peut vous aider actuellement à surmonter votre sentiment d'épuisement ?
- Votre côté... « motivateur » peut-il vous servir dans l'atteinte de votre objectif actuel ?
- Y a-t-il des attitudes, des pensées, des comportements que vous pourriez utiliser pour vous sortir de votre dépression ?

Date de réception : 10 novembre 2003
Date d'acceptation : 9 mars 2004

Mots-clés : traitement psychologique de la dépression, approche centrée sur le client, thérapie cognitive comportementale.



Congrès de formation médicale continue FMOQ

Juin 2004

3 et 4 **La médecine hospitalière**
Hôtel des Seigneurs, Saint-Hyacinthe

Septembre 2004

16 et 17 **La psychiatrie**
Centre Mont-Royal, Montréal

Octobre 2004

21 et 22 **La gériatrie**
Hôtel Delta Québec

Novembre 2004

du 8 au 12 **L'omnipratique
d'aujourd'hui à demain**
Hôtel Delta Québec

du 20 au 27 **La FMOQ sous d'autres cieux**
République dominicaine

Décembre 2004

9 et 10 **L'omnipraticien
et la santé publique en action**
Hôtel Bonaventure-Hilton, Montréal

S U M M A R Y

The depressive patient cooperation in therapy. The efficiency of the psychological treatment of depression depends on many factors. One of which is the therapeutic alliance. A client-centred approach associated with a cognitive behavioural therapy is very helpful for depressive patients. Hearing and validating their point maximize the cooperation and also facilitate the definition of clear and operational goals. In the treatment planning, the patients have to agree on the task at hand and their competence has to be taken into account. Different strategies are used to help patients to have realistic cognitions about themselves and the world, and to act accordingly. In therapy, the best way to help patients to recover from depression is to help them use their competence and strengths to retain power on their lives.

keywords: psychological treatment of depression, patient-centred approach, cognitive behavioural therapy.

Bibliographie

1. a) Séguin M, Huon P. *Le suicide : comment prévenir, comment intervenir*. Montréal : Éditions Logiques ; 1999.
b) Weisher M, Geck A. En présence d'un individu suicidaire, comment le thérapeute peut-il intervenir ? *Revue québécoise de psychologie*. 2003 ; 24 (1) ; 109-12.
2. Morin C. *Vaincre les ennemis du sommeil*. Montréal : Éditions de l'Homme ; 1997.
3. Beck J. *Cognitive Therapy: Basic and Beyond*. 1995.
4. Burn D. *Être bien dans sa peau : traitement éprouvé cliniquement pour vaincre la dépression, l'anxiété et les troubles de l'humeur*. Saint-Lambert : Éditions Héritage ; 1995.
5. Blackburn IM, Cottraux J. *Thérapie cognitive de la dépression*. Paris : Masson ; 1988.
6. Drapeau M, Koerner AC. L'impact des techniques thérapeutiques. *Psychologie Québec* 2003 ; 20 (5) : 17-22.
7. O'Hanlon W, Weiner-Davis M. *L'orientation vers les solutions : une approche nouvelle de la psychothérapie*. Paris : Satas ; 1995.
8. Haley J. *Un thérapeute hors du commun : Milton H. Erickson*. Paris : Éditions de l'Épi ; 1984.
9. Lamarre J. L'utilisation des compétences du client ou l'« approche utilisationnelle ». L'Effet spirale : Bulletin de formation à distance du Centre de psychothérapie stratégique 1997 ; 5 (1) : 1-3.
10. Miller SD, Duncan BL, Hubble MA. *Pour en finir avec Babel. À la recherche d'un langage unificateur pour l'exercice de la psychothérapie*. Canada : Éditem / Satas ; 2001.

Autre lecture suggérée

1. Gros-Louis Y. Sous le match nul entre les approches en psychothérapie : les facteurs communs. *Psychologie Québec* 2003 ; 20 (5) : 26-31.