

Programme thérapeutique behavioral cognitif pour le traitement de la dépression unipolaire

ARIEL STRAVYNSKI

Université de Montréal et Hôpital Louis-H. Lafontaine

RICHARD VERREAULT

Clinique psychosomatique de Terrebonne

GILLES GAUDETTE

Hôpital Louis-H. Lafontaine et Clinique psychosomatique Cherrier

Cet article décrit un programme behavioral cognitif pour le traitement des individus déprimés. Le contenu de la thérapie repose sur les cibles formulées suite à une analyse fonctionnelle. Elles sont la solution thérapeutique proposée pour les problèmes identifiés chez chaque individu. L'intervention behaviorale cognitive est utilisée de façon systématique pour favoriser le développement des habiletés plus adaptées aux exigences de vie de chaque individu.

Trois études de cas illustrent concrètement le déroulement de cette thérapie.

Cet article décrit un programme thérapeutique behavioral cognitif pour le traitement de la dépression unipolaire. Ce programme repose sur une conception psychologique de la dépression. Ainsi, la dépression est conçue comme un ensemble d'éléments comportementaux, émotifs et cognitifs qui émergent (graduellement ou de façon précipitée) dans le fonctionnement d'un individu qui se sent déséparé face à divers événements (passés, présents ou futurs). Habituellement, l'épisode dépressif est présenté par le client comme un événement unique et sans précédent. Mais si l'on fait abstraction de la symptomatologie dépressive, il y a certains comportements et attitudes manifestés par l'individu qui

reflètent son fonctionnement typique et qui ont évolué graduellement au cours de sa vie. Ainsi, le postulat de base de notre programme thérapeutique est que l'état dépressif est un ensemble de façons mésadaptées employées par un individu pour affronter certains événements importants de sa vie; les différents symptômes de la dépression incluant la détresse font partie de cet ensemble et ne sont pas considérés en soi comme les problèmes.

Par conséquent, lors des entrevues d'évaluation, il est important d'essayer de tracer l'évolution de ces façons mésadaptées d'agir et de penser auxquelles l'individu a eu recours dans différents contextes. De façon empirique, nous avons observé que la grande majorité des problèmes identifiés lors des entrevues d'évaluation étaient de nature interpersonnelle; ces problèmes se manifestaient dans les relations avec des personnes significatives soit dans un sens positif ou un sens négatif ou dans les deux sens en même temps.

Lors de l'analyse fonctionnelle, nous identifions 1) les situations problématiques et les comportements de l'individu dans ces situations 2) nous formulons certaines hypothèses de travail pouvant expliquer en quoi ces réactions comportementales et cognitives mésadaptées ont pu conduire au déclenchement d'un état dépressif et; 3) nous envisageons les solutions comportementales et cognitives plus adaptées auxquelles l'individu pourrait avoir recours pour affronter de façon plus adéquate ces situations. Ces solutions comportementales et cognitives plus adaptées se veulent des buts ou cibles thérapeutiques individuelles que nous voulons apprendre à la personne lors de la thérapie. Pour ce faire, les différentes techniques comportementales et cognitives sont utilisées de façon complémentaire pour favoriser un changement thérapeutique dans les comportements visés.

Lorsqu'on identifie comme cible thérapeutique l'émission d'un comportement déjà existant dans le répertoire d'un individu (selon l'évidence passée) mais aujourd'hui atrophié, on incite la personne à émettre ce ou ces comportements dans un contexte où il y a de fortes chances que ce ou ces comportements soient renforcés. Pour ce faire, on planifie avec le client un programme hiérarchisé d'activités dans lesquelles il doit émettre le ou les comportements appropriés; on a recours souvent à une procédure de résolution de problèmes afin de préparer l'individu à évaluer adéquatement toutes les alternatives possibles dans ce programme d'activités.

Lorsqu'on identifie que les problèmes résident dans l'inexistence de comportements appropriés (ce qui est vrai dans la majorité des cas), on a recours habituellement à un entraînement systématique aux habiletés sociales. Pour ce faire, on formule différentes instructions à l'individu quant à la possibilité d'émettre une série de comportements adéquats dans une situation interpersonnelle, après quoi on procède à du modelage: le thérapeute exécute le ou les comportements adéquats dans un jeu de rôle; puis on demande au client de faire de même dans un autre jeu de rôle, on lui fournit du feedback et on l'incite à reproduire le jeu de rôle jusqu'à ce qu'il émette une performance acceptable; après quoi on fixe avec lui des tâches à exécuter dans son quotidien, tâches dans lesquelles il devra tenter d'émettre ces nouveaux comportements acquis.

Lorsque l'émission de nouveaux comportements appropriés est freinée par une déformation importante dans la perception de soi ou des situations, on a recours à des techniques de restructuration cognitive. Pour ce faire, à partir d'une situation que l'individu a eue à affronter ou hésite à affronter, nous lui demandons d'exprimer son interprétation de cette situation vécue ou anticipée; nous pointons certaines pensées et croyances dysfonctionnelles; nous l'amenons à formuler des hypothèses alternatives quant à l'interprétation de cette situation et l'incitons à tester dans la pratique ces différentes hypothèses.

Le programme thérapeutique est illustré à travers la description de l'analyse fonctionnelle et de l'intervention thérapeutique auprès de trois clients(tes) présentant un épisode dépressif unipolaire.

PROGRAMME THÉRAPEUTIQUE

Le programme thérapeutique compte deux rencontres hebdomadaires durant les quatre premières semaines de la thérapie, une rencontre hebdomadaire les onze semaines suivantes pour un total de quinze semaines continues; après quoi, quatre suivis actifs sont effectués dans les six mois suivants. Ces rencontres sont d'une durée de deux heures. Elles sont réalisées en petits groupes de trois à cinq clients. Même si l'intervention a lieu en groupe, une attention spécifique et équivalente est accordée à chacun des clients. En fait, environ une demi-heure d'intervention est consacrée à chacun des clients. Ce format d'intervention individualisé en petit groupe, avec des clients déprimés, offre une certaine originalité: il fournit un contexte naturel dans lequel des interactions sociales adéquates peuvent être développées; il offre la possibilité d'un soutien mutuel et favorise une plus grande activité de la part de chacun des participants.

Les interventions thérapeutiques sont pour l'essentiel les suivantes: auto-observation du taux d'activités et des fluctuations de l'humeur (grille d'activités, voir Tableau 1); planification d'activités agréables et potentiellement renforçantes; résolution de problèmes, instruction, modelage, jeu de rôle et feedback positif; restructuration cognitive selon l'approche de Beck: identification et auto-observation des pensées dysfonctionnelles et schèmes de pensée sous-jacents, élaboration d'hypothèses alternatives et vérification de ces hypothèses dans la réalité.

Tableau 1. Grille d'auto-observation

Nom: Semaine:
 du: au: No du sujet:

HEURES	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
6 à 7							
7 à 8							
8 à 9							
9 à 10							
10 à 11							
11 à 12							
12 à 13							
13 à 14							
14 à 15							

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

Nom: Semaine:
 du: au: No du sujet:

HEURES	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
15 à 16							
16 à 17							
17 à 18							
18 à 19							
19 à 20							
20 à 21							
21 à 22							
22 à 23							
23 à 24							

La première rencontre se déroule de la façon suivante: présentation du thérapeute et des participants; vérification de la compréhension des clients de ce qu'est la dépression ainsi que des attentes par rapport aux traitements et aux pronostics; présentation du rationnel thérapeutique et du déroulement de la thérapie; information sur la dépression (prévalence, rémission naturelle, principales manifestations, pronostic et amélioration). Ces informations sont généralement illustrées à partir de l'expérience vécue des participants; discussion sur les questionnaires et les grilles d'auto-observation et tâches à domicile que les clients doivent compléter entre les rencontres.

Par la suite, les rencontres se déroulent toujours sensiblement selon le même canevas. Dans un premier temps, les gens sont invités à nous remettre leurs grilles d'auto-observation et à commenter les principaux événements vécus depuis la dernière rencontre; puis des interventions spécifiques, fonction de l'analyse behaviorale et du nouveau matériel apporté, sont effectuées avec chacun des clients et les tâches concrètes sont exigées et planifiées jusqu'à la rencontre suivante.

Mesures

Deux mesures ont été utilisées pour évaluer les variations de l'humeur dépressive.

L'échelle d'évaluation de la dépression de Hamilton (1960) est un questionnaire constitué de 17 items qui sont cotés par un clinicien lors d'une entrevue semi-structurée et qui fournit des cotes autant sur les aspects somatiques et psychologiques de la dépression. Les données à ce questionnaire sont obtenues lors du pré-test, lors du post-test qui suit immédiatement la fin de la thérapie et lors d'un suivi de six mois.

L'inventaire de Beck et al. (1961) est un questionnaire de 28 items rempli par le sujet qui réfère aux symptômes habituels de la dépression. Les clients remplissent ce questionnaire lors du pré-test, à chaque semaine de la thérapie, lors du post-test et lors du suivi de six mois.

Illustration du programme: trois cas

Exemple 1: Monsieur L.

L'analyse fonctionnelle plus détaillée pour ce client est reproduite dans le précédent article intitulé «Analyse fonctionnelle de la dépression unipolaire» (Gaudette et Stravynski, 1989). Rappelons pour l'essentiel qu'un diagnostic d'épisode dépressif majeur a été posé suite aux entrevues d'évaluation.

Résumé de l'analyse fonctionnelle

a) Situations problématiques identifiées:

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

b) Hypothèses

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

c) Solutions thérapeutiques envisagées:

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

d) Moyens thérapeutiques

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

Résumé du plan d'intervention

Lors de la première intervention, après avoir situé le cadre général du programme thérapeutique, nous présentons à monsieur L. l'essentiel de l'analyse fonctionnelle et de la stratégie d'intervention que nous lui proposons. Ce dernier est d'accord avec le fait qu'il interprète tout événement de la vie quotidienne comme un indice qu'il est un gars fini et qu'il ne s'en sortira pas. Il se dit prêt à collaborer au processus thérapeutique malgré le fait qu'il est pessimiste quant à son issu. Nous lui suggérons de faire une liste des divers travaux ménagers qu'il se dit incapable d'accomplir et l'incitons à dresser une liste d'activités sociales qu'il pourrait être en mesure d'effectuer en compagnie de sa femme. Il affirme que sa femme n'est pas plus intéressée que lui à participer à des danses sociales. Nous l'incitons à discuter de ce point avec cette dernière, pour vérifier une telle affirmation.

À la deuxième rencontre, monsieur L. n'a rien accompli des tâches que nous lui avions demandé (discussion avec sa femme sur les cours de danse et inventaire des travaux ménagers). Nous procédons à une restructuration cognitive pour lui faire envisager des hypothèses différentes par rapport à son incapacité à accomplir ces deux tâches et nous lui demandons à nouveau de les réaliser d'ici la prochaine rencontre.

Cette fois, à la troisième rencontre, monsieur L. a réalisé ses tâches. Il a discuté avec sa femme de la possibilité de suivre un cours de danse sociale et il a commencé à faire des démarches pour organiser ses tâches quotidiennes. Dans les deux cas, il a trouvé cela moins difficile qu'il ne l'avait cru au point de départ. Nous en avons profité pour reformuler l'analyse selon laquelle toute tâche anticipée lui semble une montagne avant même son exécution. Il a même eu l'initiative de contacter un ami pour aller à la piscine. Il aborde le fait qu'il se sent honnête vis-à-vis ses anciens collègues de travail. Nous l'avisons que nous aborderons cette question éventuellement.

À la quatrième rencontre, monsieur L. nous apprend qu'il a planifié la possibilité d'aller danser avec sa femme dans la semaine qui suit. Il a, de plus, apporté une liste de tâches ménagères qu'il désire accomplir et nous procédons à une discussion en groupe sur un plan possible d'organisation de ses activités qui devraient lui permettre de réaliser ses tâches. Il se dit moins déprimé et satisfait de sa participation au groupe.

Lors de la cinquième rencontre, monsieur L. nous indique qu'il a apprécié sa soirée dansante de la fin de semaine. Il dit constater qu'il est plus déprimé lorsqu'il est seul et qu'il l'est moins lorsqu'il est entouré socialement. Nous en profitons pour aborder avec lui la possibilité de revoir ses anciens collègues de travail. Nous procédons avec lui à une restructuration cognitive sur ce thème ainsi qu'à un jeu de rôle et lui fixons comme tâche de le réaliser d'ici la prochaine rencontre.

Monsieur L. n'a pas fait de démarches pour rencontrer ses anciens collègues de travail, contrairement à ce que nous lui avions demandé. Nous procédons à nouveau à un jeu de rôle. Nous lui demandons de plus de noter ses pensées dysfonctionnelles associées à son incapacité à réaliser des tâches ménagères et de commencer par lui-même à générer des hypothèses alternatives avant et lors de l'exécution de ces tâches. Nous constatons lors de la septième rencontre que monsieur L. planifie mieux son horaire de vie et se permet certains loisirs. Il n'ose toujours pas, cependant, rencontrer ses anciens collègues. Nous refaisons un jeu de rôle et une restructuration cognitive sur ce sujet et reconduisons cette tâche.

Lors de la huitième rencontre, monsieur L. n'a toujours pas rencontré ses anciens collègues de travail mais s'engage à le faire la journée même. Nous procédons à une résolution de problème sur différentes alternatives par rapport à son ex-emploi et ses problèmes financiers.

Lors de la neuvième rencontre, monsieur L. nous apprend qu'il a effectivement et enfin rencontré ses anciens collègues de travail. Le tout s'est très bien déroulé. Les chauffeurs de taxi étaient contents d'avoir de ses nouvelles et plusieurs disaient l'envier d'être en repos et de pouvoir planifier ses journées. Cela semble avoir secouru passablement monsieur L. qui se dit très encouragé, planifie mieux ses loisirs et prend plus d'initiatives et veut recontacter une série de personnes avec lesquelles il avait rompu les liens. Il demeure préoccupé par sa situation financière et a choisi de trouver un remplaçant pour conduire son taxi.

De la dixième à la dix-neuvième rencontres, pour l'essentiel, monsieur L. a poursuivi dans le même sens. Il a eu à affronter des situations imprévues (trou-

bles conjugaux dans le couple de sa fille et de son gendre, obtention d'un nouvel emploi et annulation de cet embauche par la suite et possibilité d'une intervention chirurgicale pour une hernie). Ces contretemps ont affecté monsieur L. sans pour autant entraîner une rechute. En fait, monsieur L. a de plus en plus apprécié son statut de retraité prématuré et en a réalisé de plus en plus les avantages.

Lors des rencontres de suivi, monsieur L. ne présente plus aucun symptôme dépressif et s'adapte bien à son nouveau statut de pré-retraité. L'essentiel des interventions a consisté à l'encourager dans cette façon de penser et d'agir et de mettre ça en contraste avec son fonctionnement antérieur au moment de la dépression.

Exemple 2: Madame R.

Résumé de l'analyse fonctionnelle

Madame R. est âgée de 41 ans, célibataire et vit seule en appartement. Elle travaille au service à la clientèle dans une institution financière. Elle a déjà consulté au service de recherche, quatre ans auparavant, dans le cadre d'un programme thérapeutique pour trouble de personnalité évitante. Elle dit avoir bénéficié en partie de ce programme thérapeutique, mais éprouve encore beaucoup de difficultés dans l'ensemble de ses relations interpersonnelles. Lors d'une relance de ce projet, la cliente a rapporté différents symptômes dépressifs; les entrevues diagnostiques ont permis de mettre en évidence un épisode dépressif majeur surajouté à un trouble dysthymique chez une personne présentant un trouble de personnalité évitante.

La cliente rapporte avoir toujours connu des difficultés dans ses relations interpersonnelles et cela depuis son enfance. Elle attribue l'origine de ses difficultés à ses relations familiales perturbées particulièrement ses relations avec son père; ce dernier, aux dires de la cliente, l'aurait toujours ridiculisée et méprisée; cela aurait eu comme conséquence qu'elle a toujours développé une faible estime d'elle-même. Dans la vingtaine, elle aurait pris l'habitude de dissimuler ses difficultés dans ses relations interpersonnelles derrière une image de femme forte, intouchable et sans problème et qui s'en faisait un point d'honneur. Cependant, cette image d'elle-même dissimule des difficultés affectives importantes et lui a causée des problèmes dans ses relations avec les hommes et dans ses relations professionnelles. Au moment de la consultation, elle avait un réseau d'amies mais n'avait pas réussi à établir de relations affectives avec les hommes depuis de nombreuses années. De même, elle avait fréquemment des brouilles avec ses pairs et collègues de travail.

En fait, son fonctionnement dans ses relations interpersonnelles se caractérise par une hypersensibilité au rejet. Toutes remarques, critiques, refus et même non-dits, sont interprétés par la cliente comme un indice de rejet en fonction duquel soit qu'elle évite de clarifier la situation et met fin à la relation ou encore qu'elle réagit de façon très agressive. À titre d'exemple, la cliente raconte une interaction avec une amie au téléphone. Elle a appelé une amie; cette dernière

n'était pas disponible à lui parler au moment de l'appel et a dit qu'elles se reparleraient plus tard. Madame R. en a immédiatement conclu que cette amie «ne voulait plus rien savoir d'elle», que la relation était terminée et que c'était en grande partie de la faute de la cliente. Cette même amie l'a cependant rappelée plus tard et madame R. a été à même de constater que son amie ne pouvait lui parler pour des circonstances extérieures.

Enfin, la cliente oscillait entre un niveau d'activités acceptable et une tendance à l'isolement social. Elle maintenait une seule activité renforçante, soit un cours d'espagnol.

a) *Situations problématiques identifiées*

1. Avec ses collègues de travail et ses supérieurs, elle oscille entre l'évitement des interactions sociales et des échanges agressifs.
2. Avec ses amies, elle met fin temporairement à leur relation ou menace de le faire dès qu'elle perçoit un indice de rejet.
3. Elle a tendance à éviter les interactions sociales avec les hommes avec qui elle désirerait établir une relation affective.

b) *Hypothèses*

1. Déformations cognitives qui l'amènent à interpréter toutes remarques, critiques, refus et même non-dits comme un rejet global et perturbent son fonctionnement dans ses relations interpersonnelles en général.
2. Habilités sociales déficitaires: incapacité à exprimer ses opinions et sentiments autant positifs que négatifs et à négocier des compromis autant avec des collègues que dans ses relations plus intimes.

c) *Solutions thérapeutiques*

1. Auto-observation de ce qui provoque les réponses d'évitement ou d'agressivité.
2. Entraînement à l'expression des opinions et sentiments, écoute active de l'autre, affirmation de soi.
3. Négociation de compromis.

d) *Moyens thérapeutiques*

1. Restructuration cognitive portant sur l'identification de sa déformation cognitive dans ses interactions sociales et formulation d'hypothèses alternatives autres que le rejet lorsqu'elle reçoit un refus, une critique ou une remarque.
2. Entraînement aux habilités sociales.

Résumé du plan d'intervention

Dès la première rencontre, après avoir présenté le rationnel de l'intervention thérapeutique, nous mettons en évidence avec la cliente ses difficultés dans ses relations interpersonnelles et son hypersensibilité au rejet. Nous citons en exemple l'appel téléphonique controversé dont nous venons de faire mention. Nous procédons, à partir de cet exemple, à une première restructuration cognitive con-

cernant cette peur du rejet et une mise en garde quant au danger de percevoir toute interaction sociale à l'intérieur d'une hypothèse possible de rejet. Par la suite, les interventions thérapeutiques ont consisté pour l'essentiel à tenter de lui faire réanalyser différentes scènes de la vie quotidienne sous un angle différent ainsi qu'à s'affirmer plus adéquatement. L'objectif était de lui apprendre à exprimer plus simplement et clairement ses sentiments, ses opinions autant positives que négatives et de négocier des compromis. À l'intérieur de ce processus, elle devait apprendre à identifier les idées automatiques associées à la crainte du rejet dans chacune de ces interactions. Les situations sur lesquelles nous sommes intervenus concernaient autant des relations avec des collègues à son emploi, des relations avec ses supérieurs, des relations d'amitié et une tentative d'établissement d'une relation affective avec un homme. Comme complément, nous l'avons incitée à augmenter et à mieux planifier ses loisirs puisque cette cliente demeurait seule et avait peu d'activités renforçantes.

La procédure thérapeutique utilisée a été pour l'essentiel toujours la suivante. À partir des auto-observations de son fonctionnement dans diverses situations sociales, nous demandions à la cliente d'évaluer des hypothèses autres que le rejet dans ces interactions sociales; puis nous procédions à un modelage et à un jeu de rôle favorisant l'expression de comportements sociaux plus adéquats et lui fixions des tâches concrètes pour mettre en pratique ces nouveaux acquis.

La cliente a bien répondu à cette procédure en début de thérapie. Vers le milieu de la thérapie, elle a postulé et a obtenu une promotion à son emploi. Par la suite cependant, elle a à nouveau développé certains conflits avec sa patronne immédiate et certains employés sous sa responsabilité et lors du dernier suivi, sa promotion était remise en question. Ce qui a eu pour effet d'ébranler les progrès acquis.

Exemple 3: Madame L.

Madame L. est âgée de 39 ans, séparée depuis quatre ans et mère de trois enfants, une fille de 11 ans, un garçon de 10 ans et une fille de 8 ans. Elle est ménagère et vit de l'aide sociale. Les entrevues diagnostiques ont permis de mettre en évidence un trouble dysthymique. Cette cliente aurait déjà vécu un épisode dépressif avec tentative de suicide (consommation d'une bouteille de Valium), après la naissance de son premier enfant. Il y a quatre ans environ, elle a vécu difficilement une situation de séparation. En plus de cette séparation, son mari aurait vécu un épisode de manie, ce qui aurait occasionné beaucoup de bouleversements à cette époque. Suite à ces événements, elle avait beaucoup de difficulté à réorganiser sa vie et se serait temporairement fait enlever la garde de ses enfants pour les placer en foyer deux ans auparavant. À ce moment, elle avait des préoccupations suicidaires fréquentes. En plus, sa dépression s'est aggravée suite à un récent déménagement d'une ville de province à Montréal. Ceci aurait coïncidé avec la perte de sa meilleure amie qui est démenagée à Toronto. Elle ne prenait aucune médication au moment de sa consultation initiale. Elle présente une série

de symptômes dépressifs d'intensité modérée mais persistants. Elle n'a pas d'idées suicidaires au moment de l'évaluation.

En général, elle vit effectivement une situation difficile (séparée avec trois enfants à charge et son seul revenu est l'aide sociale), elle a perdu sa seule amie, se trouve isolée dans une grande ville et ne se sent pas apte à faire face à une telle situation. Ainsi, elle a de la difficulté à gérer son temps et ses loisirs, ne sait pas qu'elle stratégie utilisée pour s'intégrer à la vie montréalaise et a des difficultés quant à l'expression de demande, de refus et à la négociation de compromis avec son ex-mari, sa mère, son ex-belle-mère et ses enfants; ces personnes sont les seules qu'elle connaisse et avec qui elle entretient des liens à Montréal.

a) Situations problématiques identifiées

1. Difficulté à gérer son horaire de vie.
2. Manque d'initiatives quant à l'organisation de sa vie sociale et de ses loisirs.
3. Obligations, selon la cliente, de toujours répondre aux exigences des personnes significatives dans sa vie soit: ses enfants, sa mère, son ex-belle-mère et son ex-époux.

b) Hypothèses

La cliente se sent incapable de:

1. Influencer les personnes significatives dans sa vie.
2. Se créer un nouveau réseau social dans une grande ville.
3. Structurer sa vie de façon efficace.

c) Solutions thérapeutiques

1. Planification de ses tâches quotidiennes contingentes à des activités gratuites.
2. Incitation à s'inscrire à des activités socio-culturelles afin d'élargir son réseau social.
3. Entraînement aux habiletés sociales pour l'expression de ses sentiments et de refus à des demandes non raisonnables des personnes significatives.

d) Moyens thérapeutiques

1. Entraînement aux habiletés sociales.
2. Résolution de problèmes.

Résumé du plan d'intervention

Pour ce qui est de madame L., les premières interventions ont consisté à l'aider à mieux structurer ses activités quotidiennes. En fait, elle a appris à diviser ses activités et à s'octroyer un renforticateur après la réalisation de chaque étape. Exemple: aller lire ou écouter telle émission de télévision après avoir réalisé telle ou telle tâche ménagère. De plus, nous avons réalisé une résolution de problèmes quant au choix d'aller travailler à l'extérieur et de faire garder ses enfants versus de poursuivre durant un certain temps dans sa situation actuelle. Suite à cette in-

tervention, elle a décidé de mettre ses énergies à résoudre les problèmes avec ses enfants et à mieux organiser sa vie de ménagère, tout en faisant des démarches pour avoir des activités à l'extérieur de son foyer. Avec les autres membres du groupe, nous avons examiné la possibilité qu'elle s'implique dans différentes activités socio-culturelles, ce qu'elle a fait en s'impliquant dans un comité d'école et en participant à des conférences gratuites, dans son quartier, organisées par un groupe d'entraide pour femmes séparées. Plus tard, en cours de thérapie, elle s'est impliquée auprès d'une organisation de défense des droits sociaux. Sa perception d'elle-même en a été changée.

L'autre point qui a été abordé de façon systématique concernait ses déficits en termes d'expression de demandes, de refus et de négociations de compromis dans ses relations interpersonnelles immédiates. En fait, madame L. n'exprimait aucune demande ni refus et espérait que les personnes devinent ses intentions et les respectent. Comme ce n'était pas le cas, elle se sentait frustrée, manipulée et exploitée. Nous avons procédé par modelage, jeu de rôle et feedback à une négociation concernant l'horaire de garde avec son ex-époux. A sa grande surprise, ce dernier se dit très satisfait de ce changement puisqu'il trouvait cela difficile d'essayer de deviner les intentions de madame L. et de tenter d'y répondre. Par la suite, elle a refusé une demande de son ex-belle-mère tout en proposant des alternatives. Cette dernière a très bien réagi à cette situation et n'en a pas été du tout offusquée. Par la suite, madame L. a rapidement mis en pratique cette nouvelle façon d'agir dans ses relations interpersonnelles. Madame L. a participé jusqu'à la fin de la thérapie, mais de son propre avis, l'ensemble de ses problèmes était résolu, à partir de la onzième ou douzième rencontre. Les progrès enregistrés se sont maintenus lors du suivi de six mois.

RÉSULTATS

Pour ce qui est de monsieur L., l'ensemble des objectifs thérapeutiques ont été atteints. Nous avons identifié au point de départ que monsieur L. avait de la difficulté à structurer son horaire de vie depuis son accident, qu'il évitait les situations de loisirs et qu'il évitait les rencontres avec ses collègues de travail et amis par crainte d'être méprisé à cause de son état dépressif. Nous avons formulé l'hypothèse que les problèmes de monsieur L. découlaient de certaines distorsions cognitives telles que «je suis un gars fini, je ne peux plus réorganiser ma vie et les gens me méprisent parce que je suis déprimé». Lors du post-test, monsieur L. au contraire gère très bien son horaire de vie, a renoué contact avec ses amis et collègues de travail et organise bien ses loisirs. En fait, il dit même ne plus être intéressé à reprendre le travail et envisage une pré-retraite. Il évalue pratiquement plus déprimé, ce qui semble être confirmé par ses résultats au questionnaire de Hamilton sur la dépression (voir Figure 1) et à l'inventaire de Beck (voir Figure 2). Ces résultats se maintiennent lors du suivi de six mois.

de symptômes dépressifs d'intensité modérée mais persistants. Elle n'a pas d'idées suicidaires au moment de l'évaluation.

En général, elle vit effectivement une situation difficile (séparée avec trois enfants à charge et son seul revenu est l'aide sociale), elle a perdu sa seule amie, se trouve isolée dans une grande ville et ne se sent pas apte à faire face à une telle situation. Ainsi, elle a de la difficulté à gérer son temps et ses loisirs, ne sait pas qu'elle stratégie utilisée pour s'intégrer à la vie montréalaise et a des déficits quant à l'expression de demande, de refus et à la négociation de compromis avec son ex-mari, sa mère, son ex-belle-mère et ses enfants; ces personnes sont les seules qu'elle connaisse et avec qui elle entretient des liens à Montréal.

a) *Situations problématiques identifiées*

1. Difficulté à gérer son horaire de vie.
2. Manque d'initiatives quant à l'organisation de sa vie sociale et de ses loisirs.
3. Obligations, selon la cliente, de toujours répondre aux exigences des personnes significatives dans sa vie soit: ses enfants, sa mère, son ex-belle-mère et son ex-époux.

b) *Hypothèses*

La cliente se sent incapable de:

1. Influencer les personnes significatives dans sa vie.
2. Se créer un nouveau réseau social dans une grande ville.
3. Structurer sa vie de façon efficace.

c) *Solutions thérapeutiques*

1. Planification de ses tâches quotidiennes contingentes à des activités gratifiantes.
2. Incitation à s'inscrire à des activités socio-culturelles afin d'élargir son réseau social.
3. Entraînement aux habiletés sociales pour l'expression de ses sentiments et de refus à des demandes non raisonnables des personnes significatives.

d) *Moyens thérapeutiques*

1. Entraînement aux habiletés sociales.
2. Résolution de problèmes.

Résumé du plan d'intervention

Pour ce qui est de madame L., les premières interventions ont consisté à l'aider à mieux structurer ses activités quotidiennes. En fait, elle a appris à diviser ses activités et à s'octroyer un renfort après la réalisation de chaque étape. Exemple: aller lire ou écouter telle émission de télévision après avoir réalisé telle ou telle tâche ménagère. De plus, nous avons réalisé une résolution de problèmes quant au choix d'aller travailler à l'extérieur et de faire garder ses enfants versus de poursuivre durant un certain temps dans sa situation actuelle. Suite à cette in-

tervention, elle a décidé de mettre ses énergies à résoudre les problèmes avec ses enfants et à mieux organiser sa vie de ménagère, tout en faisant des démarches pour avoir des activités à l'extérieur de son foyer. Avec les autres membres du groupe, nous avons examiné la possibilité qu'elle s'implique dans différentes activités socio-culturelles, ce qu'elle a fait en s'impliquant dans un comité d'école et en participant à des conférences gratuites, dans son quartier, organisées par un groupe d'entraide pour femmes séparées. Plus tard, en cours de thérapie, elle s'est impliquée auprès d'une organisation de défense des droits sociaux. Sa perception d'elle-même en a été changée.

L'autre point qui a été abordé de façon systématique concernait ses déficits en termes d'expression de demandes, de refus et de négociations de compromis dans ses relations interpersonnelles immédiates. En fait, madame L. n'exprimait aucune demande ni refus et espérait que les personnes devinent ses intentions et les respectent. Comme ce n'était pas le cas, elle se sentait frustrée, manipulée et exploitée. Nous avons procédé par modelage, jeu de rôle et feedback à une négociation concernant l'horaire de garde avec son ex-époux. A sa grande surprise, ce dernier se dit très satisfait de ce changement puisqu'il trouvait cela difficile d'essayer de deviner les intentions de madame L. et de tenter d'y répondre. Par la suite, elle a refusé une demande de son ex-belle-mère tout en proposant des alternatives. Cette dernière a très bien réagi à cette situation et n'en n'a pas été du tout offusquée. Par la suite, madame L. a rapidement mis en pratique cette nouvelle façon d'agir dans ses relations interpersonnelles. Madame L. a participé jusqu'à la fin de la thérapie, mais de son propre avis, l'ensemble de ses problèmes était résolu, à partir de la onzième ou douzième rencontre. Les progrès enregistrés se sont maintenus lors du suivi de six mois.

RÉSULTATS

Pour ce qui est de monsieur L., l'ensemble des objectifs thérapeutiques ont été atteints. Nous avons identifié au point de départ que monsieur L. avait de la difficulté à structurer son horaire de vie depuis son accident, qu'il évitait les situations de loisirs et qu'il évitait les rencontres avec ses collègues de travail et amis par crainte d'être méprisé à cause de son état dépressif. Nous avons formulé l'hypothèse que les problèmes de monsieur L. découlaient de certaines distorsions cognitives telles que «je suis un gars fini, je ne peux plus réorganiser ma vie et les gens me méprisent parce que je suis déprimé». Lors du post-test, monsieur L. au contraire gère très bien son horaire de vie, a renoué contact avec ses amis et collègues de travail et organise bien ses loisirs. En fait, il dit même ne plus être intéressé à reprendre le travail et envisage une pré-retraite. Il évalue n'être pratiquement plus déprimé, ce qui semble être confirmé par ses résultats au questionnaire de Hamilton sur la dépression (voir Figure 1) et à l'inventaire de Beck (voir Figure 2). Ces résultats se maintiennent lors du suivi de six mois.

Pré-traitement Post-traitement Suivi de 6 mois

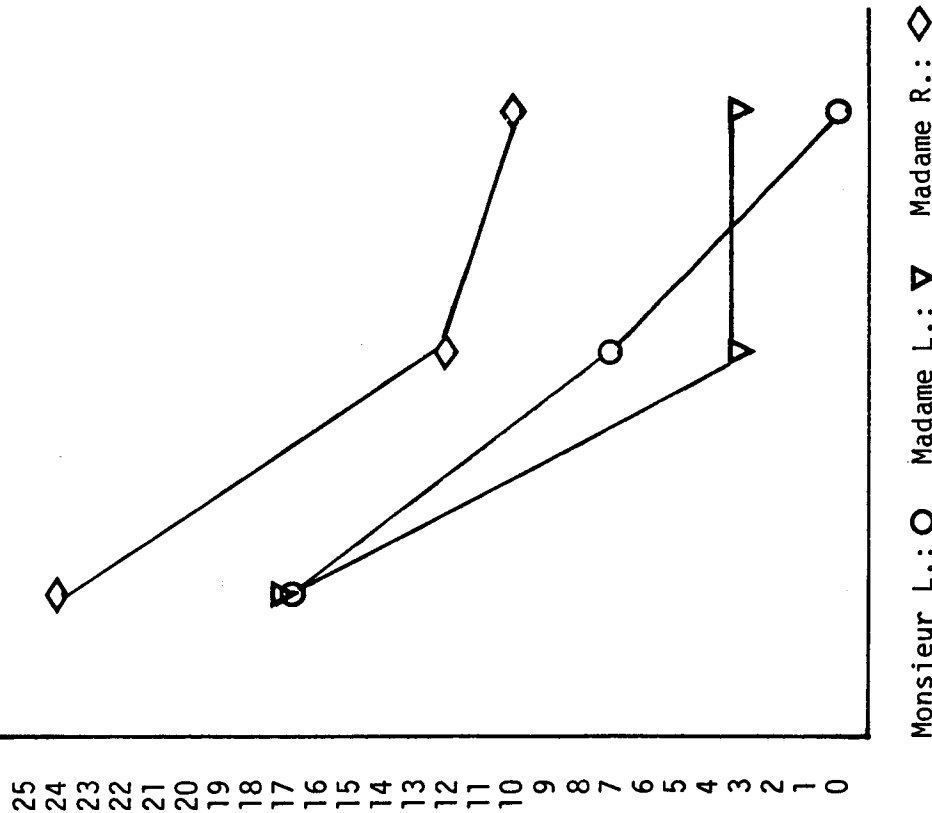


Figure 1: Evaluations pré- et post-traitements et suivi de 6 mois à l'échelle de dépression de Hamilton

Pour ce qui est de madame R., les résultats sont moins probants. Nous nous étions fixés comme but de lui apprendre à s'affirmer plus adéquatement dans ses relations interpersonnelles et à négocier des compromis. De plus, nous voulions lui apprendre à ne pas interpréter tous refus, critiques ou non-dits comme un indice de rejet global. Lors du post-test, la cliente considère avoir fait des gains importants, mais estime que ses acquisitions sont fragiles. De plus, elle déplore le fait qu'elle n'a toujours pas réussi à établir de relation affective avec un homme. La fragilité de ces nouvelles acquisitions a été confirmée lors du suivi de six mois.

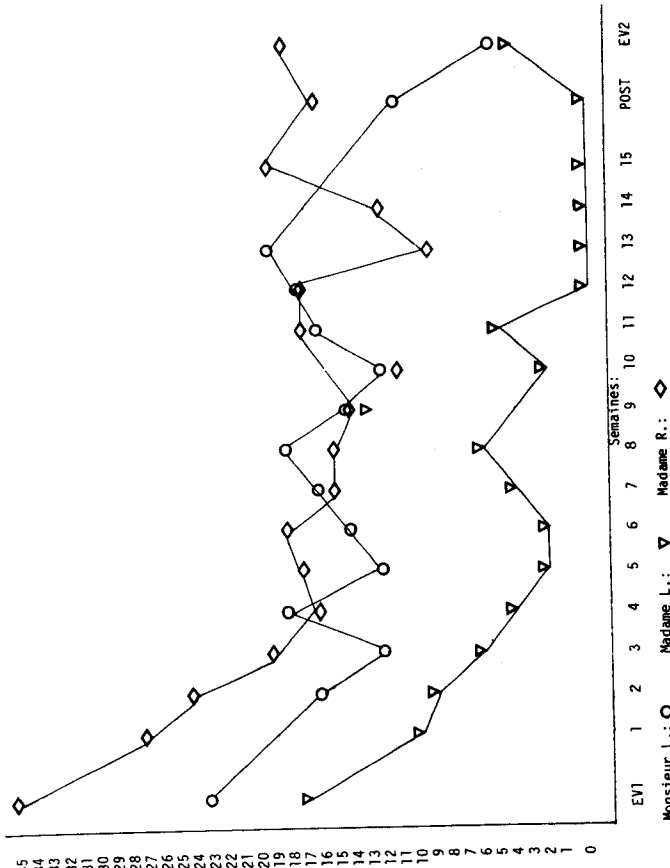


Figure 2: Résultats hebdomadaires à l'inventaire de Beck

En effet, elle a vécu entre le post-test et le follow-up des conflits interpersonnels à son emploi avec sa patronne et ses collègues de travail, conflits avec lesquels elle n'a pas su manoeuvrer adéquatement, si bien que sa récente promotion est remise en cause. Les scores observés au questionnaire de Hamilton sur la dépression (voir Figure 1) et à l'inventaire de Beck (voir Figure 2) confirment que malgré une variation importante au niveau de l'humeur dépressive, la symptomatologie dépressive est encore présente. En fait, il est fort probable que madame R. aurait pu bénéficier de la poursuite de la thérapie afin de consolider certains acquis thérapeutiques.

En ce qui concerne madame L. Les cibles thérapeutiques identifiées lors de l'analyse fonctionnelle ont été rencontrées en cours de thérapie. Ainsi, lors du post-test, nous sommes en mesure de constater qu'elle gère adéquatement son horaire de vie, qu'elle a acquis des habiletés sociales requises pour négocier avec les personnes significatives de son environnement et qu'elle a développé un nouveau réseau social. Qui plus est, son implication dans un organisme de défense des droits sociaux, en plus de lui fournir un réseau social adéquat, lui permet de se valoriser. Les résultats obtenus se sont maintenus à un suivi de six mois et la cliente envisage elle-même à ce moment-là de retourner sur le marché du travail. Ses résultats au questionnaire de Hamilton sur la dépression (voir Figure 1) et à l'inventaire de Beck (voir Figure 2) confirment que son humeur dépressive s'est résorbée.

Conclusion

Les résultats thérapeutiques observés confirment que la dépression unipolaire se prête bien à une analyse comportementale cognitive et à une intervention qui en découle. Les résultats obtenus peuvent se résumer comme suit: deux des trois clients ne rencontrent plus les critères diagnostiques de la dépression lors du post-test et pour ce qui est de la troisième cliente, on observe une réduction importante de l'humeur dépressive. Dans les deux premiers cas, l'amélioration se maintient au suivi de six mois et l'évolution à long terme semble être prometteuse; pour la troisième cliente, les gains semblent plus précaires et un suivi plus tôt intensif et à long terme semble être indiqué.

D'un point de vue clinique, on peut constater que l'identification de situations problématiques, la formulation de solutions alternatives pour y faire face ainsi que l'utilisation flexible de techniques comportementales cognitives pour rencontrer ces solutions alternatives semblent être une démarche appropriée pour le traitement de la dépression unipolaire modérée.

Enfin, ce format d'intervention individualisé en petit groupe nous semble une formule à tout le moins équivalente à une thérapie individuelle. Une étude contrôlée comparant ces deux modalités thérapeutiques doit être effectuée pour vérifier une telle hypothèse.

Abstract

This paper describes a behavioral-cognitive program for the treatment of depressed individuals. The content of treatment is derived from the therapeutic targets formulated following a behavioral analysis. These are the proposed therapeutic solution to the problems identified for each individual. The behavioral-cognitive intervention is applied systematically to facilitate the development of skills better adapted to the particular life-circumstances of each individual. Three case-studies illustrate the actual process of therapy.

REFERENCES

- Beck, A., Ward, B., Mendelson, M. et al. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. of Psychiatry*, 4, 541-571.
- Hamilton, M. (1960). The Hamilton Rating Scale for Depression. *J. Neurol. & Neurosurg. Psychiatry*, 12, 52-62.
- Caudette, G. et Stravynski, A. Analyse fonctionnelle de la dépression unipolaire. *Science et Comportement*, 19.