

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3<sup>e</sup> CYCLE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR  
DOMINIQUE TRÉPANIÉ

ANALYSE D'UNE THÉRAPIE COGNITIVE COMPORTEMENTALE DANS LE  
TRAITEMENT DE LA DÉPRESSION

Décembre 2010

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

# UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.Ps.)

Programme offert par l'Université du QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

Évaluation d'une thérapie comportementale dans le traitement de la dépression

PAR

Dominique Trépanier

---

René Marineau, directeur de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

---

Richard Hould, évaluateur

Université du Québec à Trois-Rivières

---

Pierre Brassard, évaluateur externe

Institut universitaire en santé mentale de Québec

## *Sommaire*

Le présent essai a pour objectif principal d'observer les impacts d'une thérapie cognitive comportementale dans le traitement de la dépression. Plus précisément, l'essai se veut une réflexion sur les éléments qui composent le processus thérapeutique et permettent le changement. Pour ce faire, nous avons appliqué un traitement cognitif comportemental bref (15 à 20 rencontres) auprès d'une personne qui présente une dépression. Afin de mesurer les impacts de la thérapie cognitive comportementale, nous avons utilisé en pré traitement et en post traitement pour des fins comparatives, deux tests psychométriques qui mesurent les dimensions de la personnalité et trois inventaires qui mesurent les dimensions de la dépression. Ces instruments visent également à mesurer le changement dans la condition de la personne. De plus, nous avons analysé le contenu des rencontres une à une afin d'observer les interactions en thérapie qui peuvent permettre de comprendre les impacts et le changement. Finalement, nous avons analysé la thérapie en considérant les dimensions du thérapeute, les dimensions du client et les dimensions de la thérapie cognitive comportementale. Au terme de cet essai, la thérapie cognitive comportementale telle qu'appliquée dans le cas présent n'a pas entraîné de changements significatifs dans la condition dépressive de la personne. Par contre, nous retenons que le manque d'expérience peut conduire le thérapeute dans un manque de souplesse dans l'application du plan de traitement, une difficulté à composer avec les résistances du client, une difficulté à confronter de manière efficace et un attachement rigide au cadre théorique. Nous retenons également que dans le présent processus thérapeutique, l'influence des douleurs physiques et de la motivation sont des aspects qui n'ont pas été

pris en compte à leur juste mesure dans le déroulement du processus. Quant à l'approche thérapeutique elle-même, cet essai a permis de comprendre qu'il ne suffit pas qu'un traitement soit reconnu comme efficace pour qu'il produise un effet bénéfique. Il faut être conscient des exigences liées à l'approche et de la manière dont nous appliquons le cadre. Finalement, nous parvenons à la conclusion que bien que le traitement cognitif comportemental n' a pas eu d'impact significatif dans l'évolution de la dépression, il ressort qu'il faut toujours demeurer conscient des dimensions du thérapeute, du client et de l'approche thérapeutique afin de pouvoir s'ajuster constamment dans l'application de nos techniques d'une part, et d'autre part, il faut demeurer humble face à nos approches et reconnaître nos limites de thérapeute et l'individualité du client.

## *Tables des matières*

Sommaire .....	iii
Liste des tableaux.....	x
Liste des figures .....	xi
Remerciements.....	xii
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE I	
TRAITER LA MALADIE MENTALE, LA DÉPRESSION ET LA THÉRAPIE COGNITIVE COMPORTEMENTALE DE BECK .....	5
Traiter la maladie mentale .....	6
L'approche cognitive-comportementale .....	6
L'approche existentielle humaniste .....	7
L'approche psychodynamique/analytique .....	7
L'approche systémique/interactionnelle .....	8
La dépression et le traitement .....	8
La théorie cognitive comportementale de Beck .....	11

## CHAPITRE 2

LES SOINS PSYCHIATRIQUES À L'INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DE QUÉBEC ET LA STRUCTURE DU TRAITEMENT TCC À L'INTÉRIEUR DU PROGRAMME .....	16
Les soins psychiatriques à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec .....	17
Structure du traitement TCC dans le secteur des troubles affectifs .....	18

## CHAPITRE 3

PRÉSENTATION DU CLIENT, HISTOIRE PERSONNELLE, TRAJECTOIRE DÉPRESSIVE (FORMULATION CASE) ET PLAN DE TRAITEMENT DU CLIENT .....	21
Présentation du client .....	22
Situation actuelle .....	24
Trajectoire dépressive de Philippe (formulation case) .....	27
Plan de traitement de Philippe .....	30

## CHAPITRE 4

PRÉSENTATION DES OUTILS D'ÉVALUATION ET DES RÉSULTATS EN PRÉTRAITEMENT .....	33
Présentation des outils d'évaluation .....	34
Les inventaires de Beck .....	34
Le MCMI-III .....	34
Le Rorschach .....	36

Résultats en prétraitement .....	37
Les inventaires de Beck .....	37
Le MCMI-III .....	38
Synthèse .....	40

## CHAPITRE 5

PRÉSENTATION DU CONTENU DE CHACUNE DES RENCONTRES .....	42
Rencontre #1 .....	43
Rencontre #2 .....	44
Rencontre #3 .....	45
Préambule .....	45
Rencontre #4 .....	51
Rencontre #5 .....	51
Préambule .....	51
Rencontre #6 .....	61
Préambule .....	61
Résumé synthèse .....	66
Rencontre #7 .....	67
Rencontre #8 .....	68
Préambule .....	68
Résumé .....	74
Rencontre #9 .....	75

Rencontre #10 .....	75
Rencontre #11 .....	77
Rencontre #12 .....	78
Rencontre #13 .....	78
Préambule .....	78
Résumé de la rencontre .....	83
Rencontre #14 .....	84
Préambule .....	84
Résumé de la rencontre .....	87
Conclusion de l'analyse des rencontres .....	87

## CHAPITRE 6

ANALYSE ET ÉVALUATION DE L'INTERVENTION EN COMPARANT LES RÉSULTATS AUX QUESTIONNAIRES ET À L'ÉPREUVE PSYCHOMÉTRIQUE EN PRÉTRAITEMENT ET POST-TRAITEMENT .....	88
Les inventaires de Beck .....	89
Synthèse des inventaires de Beck .....	91
Le MCMI-III .....	93
Post-traitement .....	94
Synthèse MCMI-III .....	96
Synthèse des résultats aux inventaires de Beck et au MCMI-III .....	97

## CHAPITRE 7

ANALYSE DU PROCESSUS THÉRAPEUTIQUE DU POINT DE VUE DU THÉRAPEUTE, DU CLIENT ET DE L'APPROCHE THÉRAPEUTIQUE. ....	98
Analyse du processus thérapeutique .....	99
Le point de vue du thérapeute .....	99
Le point de vue du client .....	101
L'approche cognitivo-comportementale .....	105
CONCLUSION .....	108
RÉFÉRENCES .....	110

*Liste des tableaux*

Tableaux

1	Analyse de la 3 <sup>e</sup> rencontre .....	46
2	Analyse de la 5 <sup>e</sup> rencontre .....	52
3	Analyse de la 6 <sup>e</sup> rencontre .....	62
4	Analyse de la 8 <sup>e</sup> rencontre .....	68
5	Analyse de la 13 <sup>e</sup> rencontre .....	79
6	Analyse de la 14 <sup>e</sup> rencontre .....	84

*Liste des figures*

Figures

- 1 Comparaison des résultats aux inventaires de Beck en pré et post-traitement ..... 90
- 2 Comparaison des résultats au MCMI-III, 3<sup>e</sup> édition, en pré et post-traitement .... 93

### *Remerciements*

L'auteur tient à remercier l'Université du Québec à Trois-Rivières et l'Institut universitaire en santé mentale de Québec pour avoir permis la réalisation de cet essai. Ensuite, l'auteur remercie particulièrement son directeur d'essai monsieur René Marineau pour sa patience et son engagement. Finalement, l'auteur tient à remercier les membres du comité de lecture, madame Carol Kane pour son dévouement et sa diligence ainsi que toutes les personnes ayant offert leur soutien et encouragement notamment Réal et Normande.

## *Introduction*

Lors de mon internat final en 2004 à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec, j'ai eu l'occasion d'œuvrer au sein de la clinique des troubles affectifs. L'une des deux approches préconisées dans ce milieu est la thérapie cognitive comportementale. Les recherches sur les traitements supportés par des données probantes appellent à une mise en valeur de techniques thérapeutiques spécifiques. D'ailleurs, c'est ce que démontre entre autres la division Psychologie Clinique de l'*American Psychological Association*(APA) en 1998 lorsqu'elle s'engage à vouloir prouver de manière empirique la pertinence de certains traitements. Elle démontre également que 19 des 22 traitements qui sont démontrés efficaces sont soit d'orientation behaviorale, cognitive ou cognitive-behaviorale (Leconte, Drouin, Savard et Guillon, 2004); ce qui peut donner l'impression que le « bon » thérapeute sera celui qui maîtrise des techniques reconnues comme efficaces. Par contre, une méta-analyse réalisée démontre qu'à peine 8 % de la variance du changement thérapeutique s'explique par l'utilisation de techniques spécifiques (Wampold, 2001). De plus, de manière constante, les recherches démontrent que la relation contribue davantage au progrès thérapeutique que ne le font les techniques ou les procédures, les caractéristiques spécifiques du client ou celles du thérapeute (Leconte, Drouin, Savard et Guillon, 2004). Ce questionnement entre les techniques spécifiques et la relation thérapeutique s'exprime clairement à travers les débats entre la Division 12 de l'APA qui recommande en 1998 une formation systématique aux traitements validés par des recherches empiriques alors que la

Division 29 étaye de manière empirique la contribution de la relation thérapeutique, celle du psychothérapeute et celle du client (Norcross, 2002).

C'est à travers cette réflexion que mon intérêt de produire une étude de cas est né. Ma source d'inspiration première est d'observer et de saisir les différentes composantes qui sont à l'œuvre dans un processus thérapeutique et qui constituent les ingrédients d'un « bon » processus thérapeutique. Il ne s'agit pas de comparer des groupes et de faire ressortir de grandes caractéristiques communes. Il s'agit plutôt de réfléchir sur l'expérience d'un individu et sur les techniques déployées tout au long d'un processus thérapeutique offert dans un lieu, un cadre et un temps donnés. Ce projet académique et clinique consiste à personnaliser une analyse afin de produire une réflexion basée sur la réalité d'une personne et d'un thérapeute en interaction à l'intérieur d'un cadre thérapeutique donné.

L'objectif du présent essai vise à appliquer une thérapie cognitive comportementale auprès d'une personne atteinte d'une dépression majeure et ensuite, d'observer les éléments qui ont favorisé le changement, l'absence de changement ou la détérioration de la condition du client. Autrement dit, il s'agit d'analyser l'évolution de la personne rencontrée dans le but de réfléchir sur le cadre de l'intervention, la manière d'intervenir, les caractéristiques de l'individu et les différents facteurs impliqués dans le processus thérapeutique.

Pour ce faire, je présenterai le cas de Philippe qui est un homme que j'ai traité en 2004 lors de mon internat. J'utiliserai des outils d'évaluation me permettant d'obtenir une mesure de l'état clinique en prétraitement et en post-traitement afin d'obtenir une mesure objective du changement. Ensuite, je présenterai une analyse des rencontres visant à rendre compte des différentes interactions tout au long du processus thérapeutique. Finalement, je procéderai à une analyse de l'ensemble du processus et je conclurai en présentant les principaux éléments de cette thérapie qui ressortent comme étant des éléments importants à considérer lors d'une démarche thérapeutique.

*Chapitre 1*

*Traiter la maladie mentale, la dépression et la thérapie  
cognitive-comportementale de Beck*

## TRAITER LA MALADIE MENTALE

Au cours des dernières années, on a vu émerger une volonté indéniable de prouver l'efficacité des approches existantes utilisées en psychologie. Que ce soit pour des raisons scientifiques, économiques ou sociales, la psychologie a voulu asseoir ces méthodes et techniques sur des données probantes (Lecomte, 2003). La dépression, les troubles anxieux, les troubles sévères de personnalité, pour ne nommer que ceux-ci, sont des problématiques où la recherche sur les données probantes a progressé de manière significative. Il ressort que certains courants ou approches se sont révélés plus « efficaces » scientifiquement tel que mentionné auparavant afin de traiter des problèmes psychologiques ou de santé mentale. Il serait lourd et fastidieux de faire un inventaire exhaustif de toutes les approches existantes. Afin d'être synthétique, je présenterai les grandes approches retenues selon l'Ordre des psychologues du Québec comme étant efficaces.

Les grandes catégories des approches thérapeutiques selon l'Ordre des psychologues du Québec sont les suivantes :

### L'approche cognitive-comportementale

L'approche cognitive-comportementale repose sur le principe que si un comportement inadapté peut être appris, il peut aussi être désappris. Selon cette école,

les attitudes, les habitudes ainsi que les pensées négatives sont des réponses apprises et le meilleur moyen de s'en débarrasser est d'en apprendre de nouvelles plus constructives. L'accent est mis sur le présent. En cours de thérapie, le psychologue aidera le client à prendre conscience de ses pensées et croyances et à les remplacer par des évaluations et des jugements plus réalistes.

#### L'approche existentielle-humaniste

Les psychologues qui adoptent cette approche se basent sur la relation thérapeutique comme principal outil de changement. En étant en lien avec un psychologue qui fait preuve d'authenticité, de compréhension et d'acceptation, le client vivra une expérience nouvelle dans laquelle il pourra se permettre de redécouvrir qui il est, de se montrer sous son vrai jour et ainsi poursuivre son développement qui était jusqu'alors interrompu. La thérapie sera centrée non pas sur le passé, mais bien sur le présent. Elle se penchera généralement sur les émotions éprouvées par le client et sur son vécu actuel.

#### L'approche psychodynamique/analytique

Selon cette approche, le problème psychologique se développe quand une personne agit sans être consciente de ses vraies motivations et de ses véritables peurs. Les psychologues qui appartiennent à cette école voient le problème apporté par le client comme l'expression de conflits inconscients engendrés par des expériences passées. En prenant conscience de ces conflits, le client pourra mieux comprendre pour quelle raison

il agit de telle ou telle façon, pourquoi il ressent telle ou telle émotion, et ainsi accroître sa liberté d'agir et de penser.

#### L'approche systémique/interactionnelle

Selon cette approche, les difficultés présentées par le client dépendent des relations que ce dernier entretient avec lui-même et son entourage. Les psychologues de cette orientation aideront donc le client à développer de nouveaux modes d'interaction dans ses relations avec les autres en recherchant des solutions qui concilient au mieux les attentes de chacun. Cette approche regroupe des méthodes d'intervention souvent utilisées pour solutionner un problème précis (site web de l'Ordre des psychologues du Québec, 2010).

Donc, il existe maintenant des traitements psychologiques reconnus efficaces pouvant aider à résoudre ou atténuer divers problèmes de santé mentale. Par conséquent, il existe donc une ou des approches qui peuvent traiter la dépression avec une certaine efficacité. Afin de ne pas s'éparpiller dans la multitude d'approches et de psychopathologies, concentrons-nous sur la dépression et l'approche cognitive-comportementale.

#### LA DÉPRESSION ET LE TRAITEMENT

Tout d'abord, il faut définir la notion de dépression. Il existe beaucoup d'appellations et beaucoup de définitions qui composent la dimension dépressive :

dépression majeure, trouble de l'adaptation avec humeur dépressive, burn-out, etc. Bien que ce soit des termes qui renvoient à une idée commune, ils demeurent des concepts différents. Dans le présent essai, nous retiendrons le terme épisode dépressif majeur. Nous avons pris la définition du DSM-IV version française en raison du fait que c'est à partir de celle-ci que le client de ce présent essai a été diagnostiqué. Donc, l'épisode dépressif majeur se définit par la présence d'au moins cinq des symptômes suivants, qui perdurent au moins deux semaines et qui entraînent un changement par rapport au fonctionnement antérieur (au moins un des symptômes doit être une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir) : humeur dépressive, diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir, perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime, insomnie ou hypersomnie, agitation ou ralentissement psychomoteur, fatigue ou perte d'énergie, sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée, diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision, pensées récurrentes de mort ou idées suicidaires récurrentes. (American Psychiatric Association, 1994).

Cette définition représente bien le caractère affligeant de cette trouble mental. De plus, il faut rappeler que présenter au cours de sa vie un épisode dépressif majeur nous rend vulnérable dans le futur et qu'à chaque épisode que nous présentons, nous devenons encore plus vulnérables d'en présenter un autre. Le caractère récurrent de cette maladie entraîne donc les psychologues à consacrer temps, énergie, recherche et programme d'intervention afin de trouver une manière de traiter cette problématique de santé mentale (site web de la Société Canadienne de psychologie. 2009).

En bout de ligne, quel traitement est approprié pour ce trouble ? Dans un article paru dans la Revue Psychologie Québec qui porte sur l'efficacité des traitements psychothérapeutiques, il se dégage que pour traiter la dépression, les thérapies cognitive comportementale, psychodynamique, familiale/couple et interpersonnelle sont reconnues comme efficaces (Guay et Provencher, 2007). Dans cet essai, nous nous consacrerons à l'approche cognitive-comportementale.

Tel que mentionné ci-haut, la thérapie cognitive-comportementale est une des approches thérapeutiques préconisée et bien documentée dans le traitement de la dépression. Par exemple, il a été démontré que la thérapie cognitive pour la dépression est plus efficace que l'absence de traitement et qu'elle est aussi efficace qu'une médication de type antidépresseurs (Pearsons, Davidson et Thompkins, 2001).

Dans le même ordre d'idées, plusieurs études ont démontré que la thérapie cognitive est plus efficace qu'un traitement médicamenteux bref (12 semaines) pour prévenir les rechutes auprès des patients ayant surmonté une dépression (Pearsons, Davidson et Thompkins, 2001)

À ce point-ci, ayant défini le concept de dépression et ayant démontré que la thérapie cognitive-comportementale est dite efficace, attardons-nous de plus près à définir les assises théoriques de cette approche.

## LA THÉORIE COGNITIVE COMPORTEMENTALE DE BECK

À l'Institut universitaire en santé mentale de Québec, l'approche cognitive comportementale (TCC) tel que suggérée et développée par Beck est une des deux approches thérapeutiques utilisées au programme des troubles affectifs. C'est cette approche thérapeutique que j'ai utilisée auprès de mon client. Je présenterai donc un résumé de la théorie de Beck telle qu'elle est présentée par J.B. Pearson, J. Davidson et M.A. Thompkins dans leur livre intitulé *Essential components of cognitive-behavior therapy for depression (2001)*. Il importe de mentionner au lecteur que bien que ce soit un choix personnel d'apprentissage que de choisir d'utiliser la TCC de Beck, il n'est pas possible pour des raisons d'orientation clinique de pratiquer une autre approche dans ce milieu. Les psychiatres, les psychologues et les dirigeants préconisent la TCC. Qui plus est, il n'y a aucune autre approche hormis l'approche interpersonnelle qui soit pratiquée dans ce programme.

Aaron Beck considère que les symptômes dépressifs surviennent lorsqu'une situation donnée active un schéma dysfonctionnel. Un schéma est une représentation cognitive interne profonde et relativement cristallisée qui permet à l'individu d'intégrer et d'interpréter les différents éléments d'une expérience donnée et de leur donner un sens. Ces schèmes dysfonctionnels proviennent d'aussi loin que l'enfance et se forment en réponse à des événements négatifs. Ils se construisent également tout au long des expériences de vie. Afin d'activer un schéma, un événement de vie doit correspondre à

ce dernier. Par exemple, si le schéma problématique est « je ne vaud rien sans l'amour des autres », un échec au travail basé sur la compétence ne saura activer ce dernier et par conséquent, n'entraînera pas de symptômes dépressifs. Cependant, une rupture amoureuse déclenche probablement l'activation de ce schéma.

Ces situations ou événements de vie qui activent les schémas dysfonctionnels sont principalement considérés à l'intérieur de deux catégories. Il y a les événements de vie courants et de moindre intensité (« small-scale situation ») comme un inconnu qui nous dévisage. Ceux-ci peuvent provoquer des pensées automatiques problématiques, des comportements mésadaptés et engendrent une humeur dépressive. Ensuite, il y a les événements de vie plus importants (« large-scale event ») tels un divorce, un échec professionnel, un décès, etc. Ceux-ci entraînent généralement une détérioration de la condition de la personne entraînant la maladie. Ces deux types d'événements expliquent souvent la mise en place des symptômes dépressifs ou la présence d'un épisode dépressif.

Les symptômes dépressifs sont considérés à l'intérieur de trois catégories : les comportements, l'humeur et les croyances (cognitions). Les comportements sont divisés en deux catégories soit les comportements moteurs (être passif, annuler un rendez-vous, etc.) et les réponses physiologiques (hausse de la fréquence cardiaque, transpiration, etc.). L'humeur fait référence aux sentiments habituellement associés à la dépression : tristesse, irritabilité, culpabilité, pessimisme etc. Les croyances ou cognitions réfèrent à

des pensées automatiques, car elles surviennent involontairement sans effort ou intention (« je ne serai pas capable »).

Ces trois composantes sont en interaction mutuelle. C'est donc dire qu'un changement dans l'une peut influencer toutes les autres. En résumé, Beck conçoit la dépression comme un ensemble d'émotions, de cognitions et de comportements qui s'influencent mutuellement et qui sont activés par des éléments ou situations extérieures.

L'auteur considère également quatre éléments qui peuvent contribuer à la mise en place de la symptomatologie dépressive : la perception négative de soi, des autres, du « monde » et du futur (pessimisme).

L'intervention, quant à elle, vise à changer les cognitions et comportements dysfonctionnels car, toujours selon l'auteur, il est plus facile de mettre en place un plan d'action qui vise ces deux premières composantes alors qu'il devient plus difficile d'élaborer un plan d'action visant à modifier directement les émotions. Le travail devrait à long terme modifier les schémas dysfonctionnels (plus profonds et souvent inconscients) et amener l'individu à intégrer les expériences d'une manière plus adaptée.

D'une manière plus spécifique, le protocole d'intervention élaboré par Beck et al. a pour objectif, dans un premier temps, d'alléger les symptômes dépressifs en s'attaquant directement aux comportements et pensées automatiques (cognitions) pour éventuellement mettre à jour et travailler les schémas dysfonctionnels. Le travail

thérapeutique sera amené dans l'ordre suivant : intervention comportementale, intervention visant à modifier directement les pensées automatiques et en dernier lieu, une intervention visant à modifier les schémas dysfonctionnels principaux.

Beck considère que lorsque l'intensité de la dépression est sévère, il importe de débiter la thérapie par une intervention centrée sur les comportements car tant que la personne sera inactive ou qu'elle ne fonctionnera pas, elle aura facilement tendance à confirmer ses cognitions négatives dépressives (« je ne fais rien de ma vie », « je suis un cas sans espoir »); ce qui ne fera que maintenir la personne dans un cercle vicieux de dépression. Une fois la personne réactivée, le travail sur les pensées automatiques débutera. Finalement, vers la fin du processus thérapeutique, un travail centré sur la modification des schémas sera mis en place afin de prévenir les rechutes. Le travail sur les schémas arrive en dernier car ces structures, plus profondément ancrées, sont particulièrement difficile à modifier. Le travail précédent facilitera ce dernier objectif.

De plus, dans un modèle où toutes les composantes interagissent entre elles, travailler sur une structure influencera nécessairement les autres. Il est plus profitable que le client s'attaque à un travail moins fastidieux en début de thérapie afin qu'il expérimente des réussites plus rapidement; ce qui augmentera sa motivation, lui permettra de voir qu'il peut changer et l'incitera à poursuivre la thérapie.

Bien que cette structure soit à préconiser, Beck considère que l'on peut l'adapter pour répondre aux besoins du client. Par exemple, un client qui résiste au travail sur les comportements pourra se servir de sa résistance et effectuer un travail sur ses pensées qui interfèrent avec la mise en action.

C'est donc à l'intérieur de cette structure thérapeutique que nos interactions se dérouleront tout au long de nos séances. Nous effectuerons un plan de déroulement de nos séances qui sera basé sur le modèle de Beck. Cette structure sera élaborée plus tard.

## *Chapitre 2*

*Les soins psychiatriques à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec et la  
structure du traitement TCC à l'intérieur du programme*

## LES SOINS PSYCHIATRIQUES À L'INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DE QUÉBEC.

L'Institut universitaire de santé mentale de Québec (IUSMQ) offre des soins psychiatriques et physiques aux personnes adultes souffrant d'un problème de santé mentale. Les soins et services offerts sont regroupés en fonction des problématiques. Par exemple, il y a le secteur des troubles psychotiques, des troubles sévères de la personnalité, la psychiatrie légale et les troubles affectifs pour ne nommer que ceux-ci.

Le secteur qu'il importe de définir est celui des troubles affectifs car c'est au sein de celui-ci que le présent essai s'est effectué. Reprenons la définition que nous pouvons retrouver sur le site web de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec : « Les soins s'adressent aux personnes souffrant de troubles de l'humeur — troubles bipolaires et dépression majeure, troubles anxieux ou troubles déficitaires de l'attention. » (Institut universitaire en santé mentale de Québec, 2010)

Avant d'obtenir des soins, certaines étapes doivent être franchies. Une demande est acheminée au guichet d'accès en santé mentale de l'Institut par les médecins de famille. Ensuite, ces personnes rencontrent un psychiatre afin de

procéder à une évaluation de l'état de santé mentale. Finalement, le psychiatre dirige la personne vers le secteur de traitement approprié. Lorsque cela est pertinent, les services du psychologue sont requis et ce dernier procède à une évaluation de la condition psychologique et du traitement approprié. Finalement, dans le cas où il juge que la thérapie est pertinente, la personne sera dirigée dans une des deux approches brèves du programme qui lui convient le mieux soit la thérapie cognitive comportementale (15 à 20 séances) ou la thérapie interpersonnelle (10 à 15 séances).

Regardons de plus près la structure de traitement de l'approche cognitive comportementale au sein de l'Institut.

#### STRUCTURE DU TRAITEMENT TCC DANS LE SECTEUR DES TROUBLES AFFECTIFS

Dans cette section, nous allons présenter la manière dont la thérapie cognitive comportementale de Beck est utilisée dans le cadre du processus thérapeutique auprès du client.

Tout d'abord, la psychothérapie débute par une évaluation qui vise à construire une anamnèse relative au trouble du client. De plus, il y a une auto-évaluation subjective de la part du client de l'intensité de la dépression, de l'anxiété et de l'espoir (capacité à envisager le futur avec optimisme). Cette évaluation est effectuée à l'aide des trois questionnaires de Beck (dépression, anxiété et espoir). Ensuite, il y a une élaboration

synthétique de la compréhension du trouble et du client (« formulation case ») qui a pour objectif d'organiser d'une manière concise la structure dépressive du client. Cette étape a pour but de construire le lien avec le client, de rechercher et d'organiser l'information afin de planifier une structure de traitement.

Ensuite, la phase d'évaluation étant terminée, il y a une formulation interactive avec le client du plan de traitement. Ce plan est formulé à partir de la genèse de la dépression, des attentes du client, de la structure dépressive en place et des résultats aux questionnaires. L'objectif principal de cette étape est de solliciter dès le départ la collaboration du client et de favoriser son implication active. Après une entente des deux parties sur le déroulement de la thérapie, celle-ci peut débuter d'une manière plus formelle.

Plus spécifiquement, la thérapie repose sur cinq composantes principales : la psychoéducation sur la maladie et la nature du traitement, la réactivation comportementale, la contestation des distorsions cognitives principales, le travail des schèmes inadéquats du client et la prévention des rechutes. Compte tenu de la sévérité des cas qui sont reçus au secteur des troubles affectifs (double problématique, nombreuses hospitalisations, etc.) et de la période relativement brève du traitement, la majorité du temps, le travail sera concentré principalement sur la psychoéducation, la réactivation comportementale, le travail des distorsions cognitives et la prévention des rechutes.

Toujours compte tenu des contraintes, la prévention des rechutes n'est pas utilisée au même sens que Beck le suggère. C'est rarement le travail des schémas profonds qui constitue la prévention des rechutes, mais davantage des interventions tel qu'écrire un bilan des rencontres, développer des techniques de résolution de problèmes, diriger vers des lectures spécifiques, etc. Cette étape est nécessaire dans le traitement afin de consolider les acquis et surtout de favoriser la poursuite du travail psychologique même si la thérapie formelle est terminée.

Quant aux techniques spécifiques elles-mêmes pouvant être utilisées au cours de la thérapie, l'éventail d'outils est grand et varié : agenda de travail, devoirs à la maison, cédule d'activités, tableau d'enregistrement des pensées, techniques d'affirmation, journal de bord des rencontres, techniques de relaxation, etc. La nature même de ces techniques a pour but de favoriser l'implication active de la personne.

Donc, comme on peut le constater, la manière d'appliquer le modèle de Beck à l'intérieur du programme clientèle des troubles affectifs de l'IUSMQ ne diffère pas beaucoup du modèle original, mis à part la prévention des rechutes dans le cas présent.

### *Chapitre 3*

*Présentation du client, histoire personnelle, trajectoire dépressive*

*(formulation case) et plan de traitement du client*

## PRÉSENTATION DU CLIENT

*Présentation de Philippe (le nom et quelques données sont changées afin de préserver l'anonymat et la confidentialité de la personne)*

Philippe est un homme âgé de 45 ans. Il est issu d'une famille de cinq enfants composée d'une fille, qui est l'aînée, et de quatre garçons. Il est le plus jeune des enfants. La mère de Philippe est une femme âgée de 86 ans. Elle était une ménagère pour des particuliers. Elle faisait également la comptabilité pour le garage familial. Philippe la décrit comme une femme attentionnée, présente et rassurante. Elle faisait souvent la médiatrice entre lui et son père. Le père, qui est décédé en 1993 à l'âge de 82 ans, était un soudeur de métier. Son travail l'amenait souvent à se déplacer sur des chantiers. En 1959, il a démarré sa propre entreprise, soit un garage où l'on y pratiquait la mécanique. Philippe dit que son père était un homme travaillant, rigide, entêté et ayant peu d'écoute.

Philippe dit avoir eu une enfance normale. Il aimait jouer dehors avec ses amis. Il ne note pas de faits marquants par rapport à son enfance. Cependant, il mentionne qu'il ne voyait pas souvent son père et que la communication a toujours été difficile, voire absente avec lui.

À l'école, Philippe était un élève plutôt tranquille et rangé. Il avait des amis, il pratiquait divers sports et jouait de la musique. Son rendement académique était bon malgré quelques difficultés en anglais. Ses parents n'accordaient pas une grande importance à la scolarité. Le père désirait que ses enfants puissent travailler le plus tôt possible. Malgré cela, Philippe a tout de même réussi à obtenir l'équivalent d'un secondaire V. Après quoi, il a quitté l'école.

Vers l'âge de 15 ans, Philippe a commencé à travailler au garage familial avec ses frères. Il a également développé un côté artistique. Il a commencé à jouer de la guitare et vers l'âge de 16 ans, il donnait des prestations dans les bars avec ses amis. Philippe se souvient que ses parents ne l'avaient pas encouragé à développer ses talents artistiques et que son père désirait que ses fils travaillent au garage familial. Philippe dit avoir souffert de ce manque d'encouragement. Il aurait aimé pousser plus loin dans le domaine musical. Encore aujourd'hui, il en parle avec regret, allant même jusqu'à dire que sa vie aurait été bien différente s'il avait eu l'opportunité d'exploiter son talent artistique.

Il a continué à travailler au garage de son père. Au fil des années, Philippe est devenu copropriétaire du garage avec deux de ses frères. Travailler au garage était très exigeant physiquement, d'autant plus que Philippe faisait souvent des heures supplémentaires, car il avait de la difficulté à mettre ses limites. À force de travailler durement, Philippe a commencé à ressentir des maux de dos. Au début, il n'y prêtait pas d'importance et il continuait à travailler malgré la douleur. Plus le temps avançait, plus les douleurs

revenaient et étaient persistantes. Parallèlement à cela, la relation avec ses deux frères s'est peu à peu détériorée. Mais c'est avec son frère Alain (nom fictif) que la discorde était la plus intense. D'ailleurs, Philippe mentionne que son frère l'exploitait de diverses manières : manipulation, heures supplémentaires, langages irrespectueux, chantage, etc.; ce qui envenima leur relation. Alain, qui est actuellement âgé de 55 ans, est le deuxième plus vieux des quatre garçons. Philippe décrit son frère comme un homme contrôlant, renfermé, secret et avec une humeur changeante. Il est impulsif, voire agressif, manipulateur et rancunier.

#### Situation actuelle

Philippe est marié depuis 19 ans et sa conjointe est âgée de 47 ans. Ils ont un enfant âgé de 13 ans. Au moment de nos rencontres, ils vivaient dans une maison et leur situation financière était précaire. La conjointe de Philippe a occupé divers emplois jusqu'à ce qu'elle soit victime d'un accident de travail. Par la suite, elle a reçu le diagnostic de fibromyalgie. La conjointe est décrite comme la personne qui s'occupe de la discipline à la maison et qui a une tendance à vouloir contrôler.

La relation conjugale est solide selon lui et est basée sur le respect et la fidélité selon les dires du client. Il y a des difficultés conjugales, mais le couple parvient à les surmonter de manière positive.

Philippe est un père préoccupé par le bien-être de son enfant et s'intéresse aux activités et loisirs de son fils. Cependant, il a de la difficulté à communiquer affectivement avec ce dernier. Malgré cela, la relation est bonne entre le père et le fils.

Philippe est présentement au repos en raison d'un accident de travail (son deuxième). Il reçoit des prestations de la CSST (Commission de la santé et de la sécurité du travail). En ce qui concerne sa santé, Philippe est affligé par des maux de dos chroniques. Il a reçu les diagnostics suivants : colite ulcéreuse en 1982, syndrome facettaire en 1994 et cervico-brachialgie gauche en 2000. Ces maux physiques le limitent sur le plan des activités physiques praticables et entraînent également une restriction quant au type d'emploi qu'il pourrait occuper dans le futur.

À l'âge de 39 ans (2000), Philippe a cessé de travailler au garage. En 2002, il a pris la décision de vendre ses parts du garage à son frère Alain qui le harcelait depuis un bon moment. Il les lui a vendues à un prix modique. Philippe dit avoir été exploité par son frère. Depuis ce temps, ils ne se parlent plus. D'ailleurs, Philippe n'entretient pas de lien avec sa famille en général. Tout au plus, il parle quelquefois au téléphone avec sa mère.

Un événement important dans la vie de Philippe est son combat acharné avec la CSST afin de faire reconnaître la dépression comme une conséquence de ses maux de dos qui sont reliés à son travail. Philippe a souvent été en arrêt de travail en raison de ses maux physiques qui s'aggravaient au fur et à mesure qu'il vieillissait. C'est en 2000 que les

symptômes dépressifs ont commencé à apparaître. C'est alors qu'il a entrepris des démarches afin de faire valoir que sa dépression est directement liée à ses maux physiques.

La CSST n'a jamais accepté sa requête. Ce combat long et fastidieux avec la CSST est au centre de disputes conjugales et de préoccupations affligeantes. Philippe dépense beaucoup d'énergie, de temps et d'argent dans cette lutte; ce qui contribue à sa dépression selon lui. Au moment de la thérapie, il est toujours en litige avec la CSST. Ceci entraîne également des inquiétudes financières quant à l'avenir car si Philippe n'est pas indemnisé, il se questionne sur sa capacité à se trouver un emploi en raison de maux physiques. D'ailleurs, Philippe semble considérer que ses problèmes ne sont pas d'ordre psychologique, mais d'ordre physique. Lors de nos derniers contacts téléphoniques au début 2005, nous avons appris qu'il avait arrêté ses démarches et que la CSST ne voulait pas l'indemniser.

En terminant, Philippe mentionne avoir toujours manqué de confiance en soi. Il dit également qu'il a toujours eu de la difficulté à mettre ses limites et à s'affirmer; ce qui l'amène à dire qu'il a été victime de plusieurs abus de la part d'autrui. Notons également la pauvreté du réseau de soutien tant familial que social.

### TRAJECTOIRE DÉPRESSIVE DE PHILIPPE (FORMULATION CASE)

Tout d'abord, il importe de ramener quelques éléments de l'histoire personnelle de Philippe. Il est le plus jeune des enfants. La relation avec le père en bas âge est caractérisée par l'absence de ce dernier et une communication difficile. Philippe affirme d'ailleurs que sa mère endosse souvent le rôle de médiatrice entre lui et son père. La relation avec la mère est bonne. Cependant, la mère est plutôt soumise et passive. Bien qu'elle soit une source de réconfort et de chaleur pour Philippe, elle est également un modèle de soumission pour Philippe qui entretient une relation significative avec cette dernière. De plus, comme la mère joue la médiatrice, que le père n'est pas très attentif aux besoins de Philippe, on peut en penser que ce type de dynamique ne favorise pas la capacité d'affirmation et la confiance de Philippe.

Un autre élément qui peut contribuer à la trajectoire actuelle est son désir d'exploiter son talent artistique. À l'adolescence, Philippe s'est intéressé de plus en plus à la musique, allant même jusqu'à former un groupe de musique et à offrir des prestations dans les bars. Cette passion était une source d'intérêt et de valorisation pour Philippe qui s'était découvert un talent pour les arts. Cependant, son père avait refusé que Philippe développe cet aspect n'y voyant aucun intérêt et avenir pour son fils. Le père désirait davantage que ses fils travaillent au garage familial. Philippe a abandonné cette passion afin de poursuivre son travail au garage. Il en a gardé un goût amer et de la tristesse. Lors de nos rencontres, Philippe évoque souvent cette déception, allant même jusqu'à dire que sa vie aurait été complètement différente si on l'avait encouragé dans cette avenue.

Cet événement a pu contribuer à renforcer l'image de soumission, d'incapacité à s'affirmer, d'impuissance et de non reconnaissance de ses besoins.

Il faut souligner aussi la relation difficile avec un de ses frères. Comme il est mentionné précédemment, Philippe dit avoir été victime du caractère mesquin de son frère Alain. Le chantage, l'exploitation et la dévalorisation sont monnaie courante selon lui. De son côté, Philippe n'est pas en mesure de s'affirmer et de prendre sa place. Il adopte plutôt une attitude passive et de soumission. Cette relation a amené Philippe à vivre de la frustration et un sentiment de ne pas avoir de valeur.

Dans un autre ordre d'idée, mentionnons que les divers maux physiques de Philippe (colite ulcéreuse 1982, syndrome facettaire 1994 et cervico-brachialgie 2000) ont débuté relativement tôt. Les conséquences de ses affections physiques sont diverses : fatigue, vulnérabilité au stress, difficulté à vaincre le stress, épuisement, limitations importantes (loisirs, sports, sorties, etc.) et inquiétudes. Ces maux physiques fragilisent également Philippe face aux événements qui surviennent par la suite.

C'est en juillet 2000 que la dépression s'installe graduellement. Philippe ressent alors un mal de vivre, de la tristesse, une baisse de l'estime de soi, des difficultés de concentration et de l'anxiété. Il constate une diminution du sommeil et du niveau d'énergie ainsi que l'apparition de pensées suicidaires. Parallèlement, son frère aîné commence à le harceler. Ce dernier désire obtenir les parts du garage familial de Philippe.

C'est le facteur déclencheur selon Philippe. Dès ce moment, des conflits majeurs apparaissent entre les deux frères. Philippe développe un important sentiment d'être exploité par son frère. La fatigue prend de plus en plus d'ampleur suite au conflit familial.

Vers le début du mois de septembre 2000, Philippe a reçu le diagnostic de dépression majeure de son médecin généraliste (à vérifier dans son dossier). Il a commencé à prendre des antidépresseurs qui ont amélioré légèrement son état. Ensuite, au printemps 2001, il a changé sa médication pour de l'Effexor. Il a reçu aussi du Rhovane pour dormir. De 2001 à 2004, il a consommé de l'Ativan pour diminuer son anxiété. Philippe n'a jamais été hospitalisé.

En 2002, compte tenu qu'il n'a plus l'énergie disponible pour se défendre, il a cédé sous la pression de son frère. Il a vendu ses parts du garage familial pour un prix modique. Philippe garde rancune et déception de cette vente. Il dit qu'il a été extorqué et manipulé par son frère Alain. L'incapacité de Philippe à régir à ce conflit n'a pu que confirmer ses difficultés d'affirmation et sa tendance à être soumis (confirmation du schème de pensée) selon nous. Philippe s'est distancé avec sa famille depuis ce temps; ce qui a contribué à l'appauvrissement du réseau de soutien.

En terminant, nous pouvons constater à travers l'histoire de Philippe, la présence d'éléments qui ont pu dessiner peu à peu la trajectoire dépressive : un père autoritaire et

absent, une mère soumise, une relation conflictuelle avec son frère, des difficultés d'affirmation, une attitude passive, des difficultés à mettre ses limites, un manque de reconnaissance des aspirations de Philippe, des affections et limitations physiques handicapantes, la vente de ses parts du garage familial dans un contexte de manipulation, un litige perdurant avec la CSST en lien avec son désir d'être indemnisé, la pauvreté du réseau social actuel et beaucoup de colère et de frustrations accumulées. Tous ces éléments se sont configurés et peuvent expliquer la situation et la souffrance actuelle. De plus, ces éléments contribuent à construire les schèmes de pensées dépressifs comme nous le verrons et l'image que Philippe a de lui-même.

#### PLAN DE TRAITEMENT DE PHILIPPE

Le plan de traitement de Philippe est établi après avoir effectué deux entrevues de cueillettes de données. Les attentes de Philippe envers la psychothérapie sont : avoir une meilleure compréhension de lui-même, mettre de l'ordre dans ses pensées, hausser son estime de soi et se remettre en action. Questionné sur les problèmes centraux actuels dans sa vie, Philippe mentionne en ordre : conflit avec la CSST, des problèmes de dos et la symptomatologie dépressive. Il est intéressant de constater que les symptômes dépressifs ne sont pas la préoccupation première de Philippe bien que ses attentes face à la thérapie correspondent à sa dépression.

Le plan de traitement préalable repose sur les composantes suivantes qui sont établies par le thérapeute :

- Dans un premier temps, il y a passation des outils psychométriques qui serviront à évaluer la présence ou l'absence d'évolution en ce qui concerne la symptomatologie dépressive et les éléments de personnalité.
- Ensuite, une intervention psychoéducatrice concernant la dépression et le traitement : les symptômes, les problèmes habituellement rencontrés, les engrenages, la thérapie cognitive comportementale, etc.
- Troisièmement, il y a élaboration d'un plan de réactivation comportementale basé sur le désir du client de réinsérer des plages d'activités dans son fonctionnement quotidien. Philippe devra évaluer son niveau d'activation actuel en utilisant le tableau d'enregistrement des activités quotidiennes. Ensuite, graduellement, il devra augmenter le temps où il est en action.
- La thérapie se poursuit en travaillant les distorsions cognitives les plus nuisibles dans son fonctionnement actuel. Pour ce faire, une liste de distorsions cognitives lui sera remise afin qu'il puisse identifier celles qui sont présentes dans son fonctionnement quotidien. Une fois cette étape franchie, nous travaillerons ces distorsions à l'aide du tableau d'enregistrement des pensées.
- À la fin de la thérapie, il y aura une intervention qui vise à prévenir les rechutes et à conserver les acquis. La résolution de problèmes, la gestion du stress, des lectures (ex. : Mind over mood : change how you feel by changing the way you think, Greenberger et Padesky, 1995) sont quelques exemples d'outils qui peuvent être suggérés afin de consolider et maintenir les acquis.

- Une ou deux séances supplémentaires seront ajoutées afin d'effectuer la passation post thérapie des outils psychométriques et dans l'optique de faire un compte rendu de ces résultats avec Philippe.

Il faut savoir que le plan initial a dû être réajusté en cours de thérapie. Ceci est imputable aux absences répétées de Philippe à nos rencontres. En effet, la durée initiale du traitement offrait une possibilité de 17 rencontres. Cependant, Philippe n'est venu qu'à 10 rencontres. Dans les faits, nous avons supprimé ou modifié les éléments suivants du plan de traitement original tout en étant conscients que nous avons potentiellement affecté la nature même du traitement cognitif comportementale :

- Autoévaluation du niveau d'activité et réinsertion d'activités dans le quotidien de Philippe afin d'augmenter la durée et la fréquence des activités (supprimé)
- Travail des distorsions cognitives dépressives préalablement identifiées (supprimé)
- La prévention des rechutes (modifié)

## *Chapitre 4*

*Présentation des outils d'évaluation et des résultats en prétraitement*

## PRÉSENTATION DES OUTILS D'ÉVALUATION

L'objectif d'utiliser des outils d'évaluation dans le cadre de cet essai est d'obtenir une mesure plus objective des changements chez le client. Cette mesure sera effectuée avant que la thérapie ne débute et sera répétée à nouveau à la fin du processus thérapeutique, permettant ainsi d'ajouter des informations précieuses à la compréhension de l'impact de la thérapie cognitive comportementale chez une personne souffrant d'une dépression. De plus, cette mesure ajoute tout au plus deux ou trois séances supplémentaires afin de compléter la passation.

Plus précisément, l'intention est d'aller mesurer les changements qui peuvent subvenir dans la symptomatologie dépressive et dans la personnalité. Afin de mesurer la symptomatologie dépressive trois inventaires sont ciblés et quant aux diverses composantes de la personnalité, deux tests sont retenus.

### Les inventaires de Beck

À la clinique des troubles affectifs, il y a systématiquement une mesure de la symptomatologie dépressive qui est effectuée auprès des clients qui reçoivent une

thérapie cognitive comportementale. Celle-ci est généralement effectuée à l'aide des trois inventaires qui suivent plus bas au début de la thérapie et à la fin du processus thérapeutique.

La pertinence de cette mesure est de pouvoir « objectiver » la progression et le changement chez la personne; ce qui permet également au client de constater par lui-même sa progression et l'amélioration de sa symptomatologie dépressive. Pour ce faire, l'inventaire d'anxiété de Beck traduit en français (Freeston, 1992), l'inventaire de dépression 2<sup>e</sup> édition adaptation canadienne et traduit en français (NCS Person Inc. et Person Canada Assessment, Inc., 2005) ainsi que l'inventaire d'espoir de Beck traduit en français (Cottraux, Bouvard et Legeron, 1985) sont utilisés. Ce sont des questionnaires relativement brefs, de style papier-crayon et qui permettent une auto-évaluation de l'intensité (minimale, légère, modérée et sévère) de ces trois variables. Ils permettent de couvrir les trois zones de souffrance les plus généralement touchées lorsqu'une personne souffre de dépression. Plus précisément, ces trois questionnaires permettent au client de quantifier l'intensité de sa souffrance sur ces trois variables.

Concernant l'inventaire d'anxiété de Beck, un score global se situant entre 0 et 7 indique un niveau d'anxiété minimal, un score se situant entre 8 et 15 indique un niveau d'anxiété léger, un score se situant entre 16 et 25 indique un niveau d'anxiété modéré et un score se situant entre 26 et 63 indique un niveau d'anxiété sévère (Beck et Steer, 1988). Concernant l'inventaire de dépression, un score global se situant entre 0 et

13 indique un niveau de dépression minimal, un score se situant entre 14 et 19 indique un niveau de dépression léger, un score se situant entre 20 et 28 indique un niveau de dépression modéré et un score se situant entre 29 et 63 indique un niveau de dépression sévère (Beck, Steer et Brown, 1997). Concernant l'échelle d'espoir, un score global se situant entre 0 et 3 indique un niveau de désespoir minimal, un score se situant entre 4 et 8 indique un niveau de désespoir modéré et un score supérieur à 14 indique un niveau de désespoir sévère (Beck et Steer, 1988). Précisons ici qu'il faut interpréter le score comme étant un niveau reflétant le manque d'espoir.

### Le MCMI-III

Contrairement aux inventaires, ce test psychométrique n'est pas systématiquement utilisé à la clinique des troubles affectifs. C'est un instrument supplémentaire qui a été ajouté, avec le consentement du client, afin d'ajouter à la compréhension du changement. Il permettra peut-être de constater que la thérapie a parfois des impacts sur la configuration de la personnalité.

Le MCMI-III (*Millon Clinical Multiaxial Inventory, 3<sup>e</sup> edition*, Millon, T., Millon, C., Davis, R., & Grossman, S., 1994) est un questionnaire de style papier-crayon qui prend environ 30 minutes à compléter. Le client peut compléter lui-même le questionnaire qui comprend 175 items. Il lit l'énoncé, puis il noircit la case « vrai » dans le cas où l'item lui correspond, ou « faux » dans le cas contraire.

Ce questionnaire permet d'obtenir une mesure des éléments de la personnalité (dépendante, évitante, schizotypique, etc.) et des syndromes cliniques comme l'anxiété, la dysthymie ou encore l'abus de substances. Selon l'auteur, il a la réputation d'être fidèle aux définitions que nous retrouvons dans le DSM-IV. Afin qu'un score soit significatif à ce test, le score doit s'élever au-dessus de 75 points.

### Le Rorschach

Mentionnons que ce test a été utilisé mais n'a pas été retenu comme outil d'analyse dans le présent essai. Le lecteur comprendra alors la présence de passages faisant référence à l'emploi du Rorschach.

## RÉSULTATS EN PRÉTRAITEMENT

### Les inventaires de Beck

Philippe obtient un score de 39 à l'inventaire de dépression de Beck 2<sup>e</sup> édition traduit en français; ce qui nous indique que l'intensité de la dépression est sévère. Le sentiment d'échecs dans le passé, la difficulté à prendre des décisions ainsi que la perte d'intérêt en ce qui a trait à la sexualité sont les items touchés les plus significativement.

Philippe obtient un score de 44 à l'inventaire d'anxiété traduite en français; ce qui nous indique une intensité sévère. L'incapacité à se détendre, la crainte que le pire ne survienne, la nervosité, la crainte de perdre le contrôle ainsi que le sentiment de peur, pour ne nommer que ceux-ci, sont des symptômes que Philippe a peine à supporter.

Philippe obtient un score de 16 à l'échelle d'espoir de Beck traduite en français; ce qui nous indique que le désespoir est d'intensité sévère. La perception de l'avenir de Philippe est empreinte de désespoir et de négativisme (« sans espoir »). Par exemple, Philippe n'attend pas le futur avec enthousiasme. Il ne croit pas non plus que les choses vont être meilleures dans l'avenir et il pense que ça ne vaut pas la peine de chercher à avoir quelque chose qu'il désire parce que probablement qu'il ne l'obtiendra pas. Il est intéressant de constater que Whisman et coll. (1995), ont trouvé que les sujets ayant un score élevé auraient tendance à avoir une moins bonne réponse avec les prises en charge classiques.

Ces résultats démontrent que la structure dépressive telle que conceptualisée par Beck est solidement ancrée chez Philippe. La sévérité des trois échelles nous renseigne au niveau de l'ampleur et de l'impact que peut avoir la symptomatologie dépressive sur l'affectif, les aptitudes fonctionnelles et sur la qualité de la vie actuelle de Philippe; ce qui nous laisse présumer également que la triade habituellement observée chez les gens en dépression (vision négative de soi, de l'avenir et du monde) est aussi présente chez le client; ce qui peut également nous permettre d'envisager que la motivation, l'implication, le niveau d'énergie et l'appréhension face aux changements risquent d'en être affectés négativement.

### Le MCMI-III

D'une manière globale, le MCMI-III indique des traits significatifs de dépendance et de schizoïdie dans les échelles de troubles de la personnalité. Ensuite, les résultats démontrent une forte présence d'anxiété et de la dysthymie en ce qui concerne les syndromes cliniques. Quant aux syndromes sévères, l'échelle de dépression majeure est la plus significative. Plus précisément, les échelles de troubles de la personnalité nous indiquent que la dépendance semble dominante dans les traits de personnalité. Selon la théorie de Millon (1994), la dynamique essentielle est un conflit intense entre une crainte de l'indépendance et un désir de retrait des relations interpersonnelles. Les traits associés sont la passivité, la docilité et la soumission. La plupart de ces gens, lorsque le stress est minimal, vont assez bien fonctionner. Cependant, dès que l'anxiété devient difficile à gérer ou qu'il y a une menace du lien de dépendance, ils auront un grand besoin de retrouver ce lien afin que l'autre assure leur sécurité. Si ce lien est menacé ou perdu, ils ont de forte chance de développer un trouble anxieux, dépressif ou les deux.

Quant à l'échelle de schizoïdie, elle est souvent associée au retrait social, à l'isolement, au manque d'enthousiasme et au manque d'expression affective. Une faible estime de soi, un manque d'intimité dans les relations affectives et des déficits relationnels importants font également partie du tableau clinique.

Ensuite, il semble que Philippe soit quelqu'un, au moment de la passation, qui présentait une forte sensation d'anxiété. Cette anxiété se traduit souvent par de

l'insomnie, des maux de tête, de la nausée, des sueurs froides, des palpitations, etc. Le niveau de cette anxiété est handicapant et peut nuire au fonctionnement quotidien. Cette échelle est tout à fait cohérente avec les résultats obtenus à l'inventaire d'anxiété de Beck. L'échelle d'anxiété est souvent associée avec celle des troubles somatoformes. D'ailleurs, cette dernière est significative; ce qui nous indique une tendance à traduire les problèmes psychologiques en maux physiques ainsi qu'une préoccupation persistante en regard de la santé.

L'échelle de dysthymie informe que Philippe a tendance à souffrir d'une dysphorie plutôt chronique. Une faible estime de soi, de l'apathie et un sentiment d'être inadéquat sont habituellement des éléments observables. Finalement, l'échelle de dépression confirme la présence d'éléments tels l'apathie, une faible estime de soi et le sentiment de manque de valeur. Cette échelle n'est pas suffisamment valide, selon l'auteur, pour établir un diagnostic de dépression majeure en raison du fait que les items qui constituent cette échelle n'incluent pas de symptômes végétatifs. Cependant, elle fournit de bons indices tels que mentionnés plus haut.

En terminant, il faut remettre en perspective ces résultats avec les maux physiques de Philippe. En effet, la douleur chronique peut affecter à la hausse les résultats de certaines échelles telles que celle du trouble somatoforme ou encore celle d'anxiété.

### Synthèse

Les résultats aux tests concordent. Ils tendent à démontrer qu'il y a une importante souffrance psychologique. Les traits de personnalité peuvent accentuer ou maintenir la symptomatologie tout comme la dépression majeure peut exacerber certains traits de personnalité. Comme précédemment mentionné, il faut mettre en perspective ces résultats et les maux physiques de Philippe qui peuvent parasiter de manière négative les résultats. Cependant, il n'en demeure pas moins que lorsque l'on compare l'anamnèse de Philippe, la structure de personnalité anxieuse et dépendante, l'intensité sévère de la symptomatologie dépressive et les maux physiques qui l'affligent, nous pouvons considérer que Philippe présente des éléments interactifs affligeants qui contribuent à expliquer et maintenir la structure dépressive.

## *Chapitre 5*

*Présentation du contenu de chacune des rencontres*

## PRÉSENTATION DU CONTENU DE CHACUNE DES RENCONTRES

L'objectif de cette section est de mettre en lumière les intentions et les interventions (TCC) du thérapeute et les réactions (verbatim) du client. Pour ce faire, à l'aide d'un tableau, j'exposerai les intentions et interventions du thérapeute, suivi des réactions de Philippe et je ferai part également de mes réflexions tout au cours du processus. Une synthèse sera effectuée après chaque rencontre.

### Rencontre # 1 (mercredi, 25 août 2004)

Philippe se présente avec les sentiments suivants : tristesse, déception, pleurs, anxiété et il mentionne que ces sentiments sont associés à son conflit avec la CSST.

Cette première rencontre n'a pas été enregistrée. J'ai jugé que l'enregistrement audio lors de notre première rencontre pouvait nuire à la naissance de l'alliance thérapeutique. De plus, avant que Philippe me procure son consentement écrit afin que les rencontres soient enregistrées, je trouvais important de lui exposer les fondements de la thérapie cognitive-comportementale (TCC).

En résumé, cette rencontre a permis de débiter la psychoéducation concernant la dépression et d'expliquer en quoi consiste la TCC. De plus, Philippe a complété les inventaires de Beck (anxiété, dépression et espoir). Au terme de la rencontre, Philippe se

dit enclin à participer à la thérapie et il donne son consentement afin que les rencontres soient enregistrées sur une bande sonore.

Les devoirs suivants lui sont remis : compléter un questionnaire avant-traitement, prendre connaissance d'un document de quatre pages sur les distorsions cognitives et les schémas, identifier les fausses croyances présentes dans sa vie, inscrire un exemple tiré de son quotidien et énumérer les conséquences (si possible) dans son quotidien qui y sont reliées.

Donc, Philippe a beaucoup de devoirs mais il les accepte et la rencontre se termine ainsi.

#### Rencontre # 2 (mercredi, 31 août 2004)

Philippe se sent triste. Selon lui, ses maux de dos sont la source de son anxiété, de son découragement et de son désespoir de la semaine. Il dit éprouver peu de plaisir et il ressent fréquemment le goût de pleurer au coucher.

Il n'y a pas d'interventions spécifiques, sinon de l'écoute active et des reflets qui sont effectués. Philippe répond bien aux reflets et il s'ouvre. La vérification des devoirs permet de constater que Philippe a complété très partiellement le questionnaire avant-traitement sans compléter les autres demandes. Il impute cela au retour de son fils à l'école qui a monopolisé toute son énergie. À mon point de vue, j'ai l'impression que

Philippe ne comprend peut-être pas l'utilité de ces devoirs ou que la somme des devoirs imposés est peut-être trop lourde. Le retour à l'école de son fils n'a pas pu monopoliser tout son temps. Qui plus est, il a entamé mais n'a pas terminé les devoirs; ce qui indique peut-être également que la tâche le décourage ou ne lui plaît pas. Dans ce dernier cas, de figure, on peut y voir une sorte d'opposition passive.

Principalement, nous procédons à la passation du test projectif Rorschach. La participation est adéquate mais finalement, le test ne sera pas retenu.

Les devoirs suivants lui sont remis : compléter le questionnaire avant-traitement et compléter le test psychométrique MCMI-III. Il accepte et la rencontre se termine ainsi. Compte tenu qu'il n'a pas complété ses devoirs, la tâche demandée est peut-être encore trop lourde. On peut s'attendre à ce que Philippe ne complète pas tous les devoirs. À ce point ci, cela représente une deuxième tentative et permettra de vérifier son implication personnelle hors rencontre. La fatigue, les maux physiques, le découragement peuvent être des variables qui entraveront l'exécution des devoirs.

Rencontre # 3 (mardi, 7 septembre 2004)

#### *Préambule*

Philippe se sent triste, fatigué et inquiet face à son avenir. Le questionnaire avant-traitement n'est toujours pas complété, car Philippe dit chercher les « bonnes » réponses

et cela l'empêche de le compléter. Le document sur les distorsions cognitives est lu et le MCMI-III est complété.

Tableau 1  
Analyse de la 3<sup>e</sup> rencontre

Intentions du thérapeute	Interventions verbatim du thérapeute	Réactions verbatim de Philippe	Réflexions et commentaires
Présentation du plan de la rencontre afin d'assurer une continuité entre les rencontres et formulation des objectifs de thérapie	« ...aujourd'hui, ce que j'aimerais faire avec vous...formuler des objectifs de travail. C'est une partie importante de la TCC...Quels objectifs vous motivent le plus? C'est quoi vos attentes? C'est quoi les objectifs que vous voulez travailler? »	« ...j'ai de la difficulté à mettre des priorités...cela me semble insurmontable... »	Philippe ne répond pas à ma question mais me parle davantage de ce sentiment d'être dépassé par ses préoccupations. Philippe est au niveau des émotions et la tâche demandée se situe au niveau rationnel. En ce sens, il paraît évident que Philippe ne peut répondre.
Vérifier si les devoirs sont faits et par conséquent, obtenir un indice de son implication	« Je vous avais laissé le questionnaire du MCMI-III... Vous avez trouvé cela difficile? »  « ...sur la feuille des distorsions cognitives, est-ce que vous vous reconnaissez? Quelle était la difficulté? »	« ...je n'ai pas trouvé cela évident...je m'arrêtais à trop de questions... c'est niaisieux, mais ça me demandait de l'énergie...ça me faisait tellement travailler... »  « ...ça a l'air niaisieux mais... faudrait quelqu'un d'autre qui me connaît pour m'aider à le faire... »	Philippe a complété le questionnaire. Le devoir semble avoir été difficile mais il a fourni l'effort nécessaire. Il semble que Philippe essaie de communiquer la lourdeur de sa condition.  Philippe a pris connaissance de la feuille. J'ai l'impression que Philippe a un grand besoin des autres pour avancer.

Analyse de la 3<sup>e</sup> rencontre (suite)

Intentions du thérapeute	Interventions verbatim du thérapeute	Réactions verbatim de Philippe	Réflexions et commentaires
		« ...je pense que j'ai paniqué à voir la quantité de pages que j'avais à remplir (questionnaire avant-traitement) ... »	Philippe se sent submergé par la tâche au point de se sentir paniqué. Je commence à avoir l'impression que toutes les raisons sont bonnes pour ne pas faire un devoir. Je me questionne également sur sa collaboration, mais je dois poursuivre le plan de traitement tel que prévu. En tant que jeune thérapeute et à l'intérieur du cadre théorique de la TCC, je sens qu'il faut trouver un moyen d'avancer malgré les contraintes.
Inciter Philippe à changer sa perception face au questionnaire avant-traitement et ainsi initier un travail cognitif	« ...Quelle est la principale difficulté que vous rencontrez? »	« ...j'ai de la misère à me concentrer... j'aimerais faire cela le plus court possible, mais je ne veux pas que ce soit trop bref non plus car vous ne comprendrez pas...je me casse la tête à répondre à une question... »	Philippe me parle de sa manière de voir les choses. Il a de la difficulté à demeurer concentré sur une tâche relativement simple. Cela semble pénible et le niveau d'énergie disponible semble faible. Je commence à y voir aussi une forme d'opposition passive.

Analyse de la 3<sup>e</sup> rencontre (suite)

Intentions du thérapeute	Interventions verbatim du thérapeute	Réactions verbatim de Philippe	Réflexions et commentaires
	« ...il n'y a pas de performance dans ce devoir... faites des réponses courtes. Nous élaborerons ensemble ... est-ce que cela vous permet de le voir moins gros ce devoir? »	« Oui... »	Au terme de l'intervention centrée sur le changement de perception, Philippe trouve cela moins paniquant.
Créer l'alliance en effectuant de l'écoute active centrée sur le vécu	« ...vous voulez donner une « bonne » réponse... l'idée de bien performer... est-ce une tendance qui est présente dans d'autres situations... vous voulez « bien » faire les choses et cela vous empêche de le faire ou vous retarde? »	« Oui... dans mon travail j'étais souvent trop minutieux... j'arrivais à faire une tâche dans un temps record mais je mettais tellement d'énergie à vouloir bien le faire... pis j'étais tellement frustré quand je n'avais pas réussi... le client revenait... c'était dur ... »	Philippe se révèle. Il me parle de son passé et s'ouvre. Il me parle de son besoin de performer. Jusqu'à maintenant, il répond bien aux techniques de base de relation d'aide.
Effectuer de la psychoéducation sur les distorsions cognitives	« ...je vous ai fait lire cela pour que preniez conscience des mécanismes de pensées, les filtres que nous avons tous... cela nous permet d'interpréter la réalité... cela provient de notre vécu... avez-vous une réflexion par rapport à cela? »	« ...mon dieu... j'ai peur de mettre la mauvaise réponse... j'ose pas encercler parce que j'ai peur de me tromper... »	Philippe ne produit pas de réflexion, mais il me parle plutôt de sa peur de se tromper et de son désir de performer.

Analyse de la 3<sup>e</sup> rencontre (suite)

Intentions du thérapeute	Interventions verbatim du thérapeute	Réactions verbatim de Philippe	Réflexions et commentaires
<p>Inciter à la tenue d'un journal de bord des rencontres afin qu'il possède un outil personnel de référence. Favoriser l'implication dans le processus</p>	<p>« ...je vais vous encourager à faire une chose importante, un aide-mémoire qui sera utile tout au long de la thérapie et même après... tenir un journal de bord des rencontres ou vous prendrez des notes avant, pendant et après les rencontres... »</p>		<p>Philippe accepte l'idée. Je lui fournis temporairement des feuilles afin qu'il puisse prendre des notes de la rencontre. Philippe n'écrit pas vraiment tout au long de la rencontre.</p> <p>À ce point ci, je me questionne sur l'implication de Philippe et sa capacité à s'affirmer. Je me questionne sur la pertinence de lui imposer de tels devoirs. Néanmoins, je dois maintenir le cadre théorique.</p>
<p>Retour sur la formulation des objectifs de thérapie</p>	<p>« ...quel est votre objectif en venant ici? On peut faire...ce qu'on appelle un brainstorming... »</p>	<p>« ...retrouver du plaisir dans la vie...je n'ai pas de plaisir...je ressens rien...m'oublier un peu pour m'occuper des gens autour de moi, de mon fils, de ses activités...marcher parce qu'il faudrait que je fasse un effort...il n'y a pas de performance...je trouverai peut-être des réponses à mes inquiétudes »</p>	<p>Philippe est bien collé à la question. Il me parle de l'absence de plaisir dans sa vie. Il parvient à avoir des objectifs relativement concrets. Il répond bien à la question et à mon intention. Il se révèle et me dit à quel point il est préoccupé.</p>

Analyse de la 3<sup>e</sup> rencontre (suite)

Intentions du thérapeute	Interventions verbatim du thérapeute	Réactions verbatim de Philippe	Réflexions et commentaires
Donner des devoirs afin de l'impliquer et de respecter la TCC	« ...comme devoir...compléter le questionnaire d'informations sur vos problèmes...prendre deux objectifs et les décrire de manière concrète comme on vient de faire avec l'activité physique... »	« Ok. »	Philippe accepte les devoirs.
Faire un bilan de la rencontre et vérifier ce que Philippe retient de la rencontre	« ...Qu'est-ce que vous reprenez de la rencontre d'aujourd'hui? »	« ...disons que cela m'aide à me concentrer un peu plus et aussi à mettre de l'ordre dans ma tête. »	Suite à ma demande, Philippe prend des notes. Il énonce que la rencontre lui a été utile.

Mentionnons que Philippe n'a toujours pas effectué tous les devoirs. Je me questionne sur sa collaboration, mais également sur sa capacité à s'affirmer. Je me questionne également sur l'adéquation du pairage approche client. Tout au long de la rencontre, il s'implique mais il a tendance à avoir de la difficulté à demeurer collé à la question qui est soulevée. Par exemple, à la question comment va votre humeur, il me parlera de son conflit avec la CSST sans aborder ses sentiments. Philippe semble mieux réagir aux interventions d'écoute active et d'exploration. Il complète partiellement les devoirs et il s'implique dans la formulation des objectifs de thérapie. Je lui donne de l'information sur la thérapie cognitive comportementale et sur les distorsions cognitives. Les devoirs suivants lui sont remis : compléter le questionnaire avant-traitement et concrétiser deux objectifs de travail comme nous l'avons fait au cours de cette rencontre.

Au terme de la rencontre, je perçois le fonctionnement de Philippe davantage sur un mode affectif que cognitif. Cela soulève des questions sur le temps accordé et disponible pour former l'alliance thérapeutique dans le cadre de la TCC tel qu'appliqué à l'Institut. Cela soulève également la question du manque d'expérience du thérapeute.

#### Rencontre # 4 (mercredi, 14 septembre 2004)

Philippe annule la rencontre en raison de maux de dos trop intenses. Nous reportons au mercredi 22 septembre 2004.

#### Rencontre # 5 (mercredi, 22 septembre 2004)

##### *Préambule*

Philippe ressent de la frustration, de la déception et du découragement, car la CSST refuse de reconnaître la dépression comme une conséquence directe de ses maux de dos. Il n'est donc pas indemnisé.

Tableau 2  
Analyse de la 5<sup>e</sup> rencontre

Intentions du thérapeute	Interventions verbatim du thérapeute	Réactions verbatim de Philippe	Réflexions et commentaires
Évaluer l'humeur	<p>« ...comment va votre humeur depuis la dernière semaine? »</p> <p>« Mais votre humeur, comment la décrivez-vous...la dernière fois elle était caractérisée par de la tristesse générale, de la fatigue, de l'inquiétude... »</p>	<p>« ...disons que je me suis plus affirmé...j'étais plus motivé par le fait que j'allais en physiothérapie... physiquement ça se détériorait...j'ai plus parlé avec ma conjointe... »</p> <p>« C'est sûr que ça c'est pas amélioré de ce côté-là...j'ai pas eu une bonne nouvelle de la CSST...l'agent m'a appelé cette semaine et c'est refusé... »</p>	<p>Philippe ne répond pas à la question. Il n'aborde pas ses sentiments, mais plutôt son affirmation et le fait qu'il a discuté avec sa conjointe. Il nous informe également que le travail en physiothérapie le motive.</p> <p>Relancé une autre fois sur ses sentiments, Philippe répond vaguement et son conflit avec la CSST semble être un élément important de sa vie. L'intention du thérapeute est atteinte et Philippe nous en apprend davantage à propos de ses préoccupations.</p>

Analyse de la 5<sup>e</sup> rencontre (suite)

Intentions du thérapeute	Interventions verbatim du thérapeute	Réactions verbatim de Philippe	Réflexions et commentaires
	« ...comment cela affecte t-il votre humeur? »	« ...je me sentais un peu mieux dans ma tête avant cette nouvelle...j'étais tellement ...je ne sais pas comment expliquer cela...je me suis mis à trembler...j'étais enragé...je n'arrivais même pas à expliquer comment j'étais...elle (CSST) cherche une manière de s'en sortir...ils ont interprété les notes du médecin à leur manière...je vais être obligé d'aller en appel et de témoigner...pas croyable l'effort que ça va me demander... »	Philippe finit par répondre à la question. Il ouvre sur ses sentiments. Il prête de mauvaises intentions à la CSST. Il se sent découragé.  À ce moment-ci, il ne fait aucun doute que la CSST est un élément central de sa vie. Néanmoins, il faut poursuivre le plan de rencontre.
Vérifier si les devoirs ont été faits. Vérifier et favoriser son implication dans la thérapie et l'aider le cas échéant. Obtenir les informations manquantes à l'aide du questionnaire	« ...je vous avais demandé de faire le questionnaire. Avez-vous réussi à le compléter? »	« Non...j'y arrive pas. Je voudrais bien...ça m'écoeure et je sais que je m'étais...ça me fatigue parce que c'est comme une entente qu'on a...je voulais participer...c'est le manque d'énergie principalement. Je ne dors pas beaucoup. Ma journée est...je veux quelque chose dans ma tête...je veux fonctionner mais je suis tellement fatigué que... »	Philippe est incapable de compléter le questionnaire et ce, depuis la toute première rencontre. Malgré un travail sur sa perception face à la tâche, il n'y parvient pas. Il impute cela au manque d'énergie, mais il est très actif et impliqué dans son combat contre la CSST. À ce stade-ci, la question se posait à savoir si les devoirs est une approche pertinente avec lui.

Analyse de la 5<sup>e</sup> rencontre (suite)

Intentions du thérapeute	Interventions verbatim du thérapeute	Réactions verbatim de Philippe	Réflexions et commentaires
Explorer les mécanismes qui l'empêchent de faire les devoirs	« Est-ce que le manque d'énergie est la seule cause qui vous empêche de le faire? »	« ...j'ai mes problèmes physiques et psychologiques ...mes problèmes physiques...jouent sur mon humeur... et sur mon énergie...je ne récupère pas...je n'ai pas dormi beaucoup...j'ai de la difficulté à fonctionner...ce n'est pas croyable arriver à rien faire. »	Philippe répond bien à la question. Lorsque l'on explore ses problèmes, il s'ouvre et parle plus longtemps. On voit apparaître que le physique semble au premier plan comme la source des autres problèmes. Il différencie bien physique et psychologique, mais ne développe pas sur l'aspect psychologique. À ce stade-ci, j'ai l'impression qu'une approche plus humaniste serait plus appropriée, mais je poursuis dans mon approche.

## Analyse (suite)

Intentions du thérapeute	Interventions verbatim du thérapeute	Réactions verbatim de Philippe	Réflexions et commentaires
Débuter un travail cognitif en se servant de sa perception face au devoir	« ...quand vous dites je n'ai pas la capacité de le faire...une des choses que nous allons faire au cours des séances, c'est de s'attaquer à ce genre de phrase. On va se demander si cette phrase est vraie ou fausse...comment pourrions nous corriger cette phrase? »	« ...j'avais commencé une section...j'ai commencé...je me suis dit que ça m'aiderait peut-être de commencer par...j'ai commencé une page après l'autre et là...oufff...mais j'ai pas poursuivi...pour moi...j'étais pas capable de le faire parce que j'ai pas poursuivi...ça pour moi, c'est une incapacité parce que je n'arrive pas à fonctionner normalement. Je sais pas si tu comprends...ce n'est pas moi de prendre une demi-heure pour transcrire quelque chose. Ce n'est pas moi de ne pas répondre aux questions. »	Philippe a donc débuter devoir. L'intention est atteinte et il spécifie la perception qu'il a de lui-même.
Corriger la perception dans une perspective de travail cognitif	« ...on ne s'attend pas au même rendement que si vous n'aviez pas de dépression ni de maux physiques...ça veut dire que vous ne fonctionnez pas comme avant. C'est différent comme formulation ...»	« C'est décourageant de pas pouvoir faire les choses comme avant. »	Philippe demeure centré sur son découragement. La reformulation n'a pas d'impact. Il est stade émotif alors que je tente de l'amener sur un travail cognitif.

Analyse de la 5<sup>e</sup> rencontre (suite)

Intentions du thérapeute	Interventions verbatim du thérapeute	Réactions verbatim de Philippe	Réflexions et commentaires
	<p>« Absolument ... »</p> <p>« Qu'est-ce qui est pire : ne pas être capable de faire quelque chose ou ne pas le faire comme on le veut? »</p> <p>« si un ami venait vous dire tout ce que vous venez de me dire et vous écoutez votre ami qui est en dépression, qu'est-ce que vous auriez envie de lui dire? »</p>	<p>« ... parce que ça me ramène à... j'ai un non de la CSST pour m'aider... faut que je ramène de l'argent à la maison absolument dans les prochains mois... je suis pris là-dedans... »</p> <p>« les deux parce que... »</p> <p>« je le sais pas... j'arrive pas à... je le sais pas parce... je le sais pas... »</p>	<p>Par contre, Philippe répond bien à l'exploration encore une fois. Son conflit avec la CSST est central et entraîne maintenant des soucis financiers. À mon avis, la thérapie devient plus secondaire à ce moment-ci. Dès lors, j'ai l'impression que je devrais m'attarder davantage à son niveau motivation et à ses problèmes actuels, mais je poursuis mon plan de traitement.</p> <p>Philippe ne peut voir les choses autrement. Il demeure prisonnier de sa manière de voir les choses.</p> <p>Les interventions visant à amener une restructuration cognitive ne fonctionnent pas pour le moment malgré mes tentatives répétées.</p>

Analyse de la 5<sup>e</sup> rencontre (suite)

Intentions du thérapeute	Interventions verbatim du thérapeute	Réactions verbatim de Philippe	Réflexions et commentaires
			Tout semble indiquer qu'il n'est pas rendu au stade de l'action. Ici, je commence à me questionner sur sa capacité à poursuivre une thérapie aussi directive. Mais je continue.
Faire le « formulation case » afin de l'instruire sur sa trajectoire dépressive	« ...vous n'avez qu'un seul épisode de dépression dans votre histoire. Donc, il faut essayer de regarder qu'est-ce qui vous a conduit là... »	« oui...je...j'ai pas pris ce que l'agent (CSST) a dit et je veux vérifier avec vous si j'ai raison. Si ma dépression est liée à mon milieu de travail... »	Philippe ne répond pas vraiment à mon intention et il revient avec le sujet de son combat avec la CSST. Par contre, on peut y voir un élément contribuant, déclencheur et/ou de maintien dans sa trajectoire de dépression.
Me centrer sur le besoin présent du client	« «Ok. Qu'est-ce qui serait le plus important pour vous : qu'on parle tout de suite de cela? »  « qu'est-ce qui vous fait du mal là-dedans...parce que je sais qu'il y a de la frustration liée au refus. Mais qu'est-ce qui vous fait mal ? Parce que j'ai l'impression que cela vous renvoie à un autre niveau... »	« Oui »  « ...accepter les conditions et accepter surtout ce que mon frère faisait avec moi... parce que je faisais tout ça parce qu'il me l'imposait... pour être exploité...je l'ai été au maximum... »	Philippe semble avoir besoin de parler. Le désir d'avancer dans le processus est davantage au niveau du thérapeute.

Analyse de la 5<sup>e</sup> rencontre (suite)

Intentions du thérapeute	Interventions verbatim du thérapeute	Réactions verbatim de Philippe	Réflexions et commentaires
			Philippe répond bien aux interventions d'exploration, de reflet et d'empathie comparativement aux tentatives d'interventions plus cognitives; ce qui m'amène encore à me questionner sur la concordance des besoins du client versus l'approche préconisée.
Ramener la thérapie sur un travail de restructuration cognitive : le tableau d'enregistrement des pensées	« ...c'est un travail au niveau de ce que la situation a réveillé chez vous... je vais vous demander votre participation... c'est un tableau qui démontre entre autres la force entre une situation que vous vivez, les émotions que vous vivez et les pensées que vous vivez... on va essayer de corriger ce qui se passe en vous pour essayer de changer l'humeur et les pensées »	« Ok. »	Philippe accepte mieux le travail cognitif après avoir été entendu et en se servant d'une situation actuellement vécue. Philippe s'implique et complète le tableau avec moi. La réponse brève de Philippe peut nous questionner sur sa compréhension du travail proposé. On perçoit l'effort du thérapeute pour recadrer les interventions à l'intérieur de la structure de TCC.

Analyse de la 5<sup>e</sup> rencontre (suite)

Intentions du thérapeute	Interventions verbatim du thérapeute	Réactions verbatim de Philippe	Réflexions et commentaires
Établir une pensée alternative dans la situation amenée par Philippe	« ...si vous regardez la situation avec la CSST et que vous utilisez une pensée alternative (« lorsque je suis sous la pression et que j'ai plein de choses à dire, j'ai de la difficulté à m'exprimer ») au lieu de votre pensée originale (« je ne suis pas capable de m'affirmer »), est-ce que ça génère des émotions qui sont différentes? »	« disons que je suis plus motivé... j'ai comme trouvé une clé... motivé à... à structurer mes pensées ..... je suis moins anxieux... ça me donne d'autres avenues... ça m'ouvre d'autres portes... parce que la colère, le découragement et la frustration, ça me bloque, ça bloque mes pensées... »	Philippe répond bien à l'intervention de restructuration cognitive. Il semble en retirer des bénéfices contrairement aux tentatives précédentes. À ce moment-ci, le client rejoint les attentes du thérapeute.
Démontrer la pertinence de l'utilisation du tableau d'enregistrement des pensées et démontrer la force du lien entre la situation, les pensées, les émotions. L'inciter à poursuivre son implication dans la thérapie	« ...une chose que j'aimerais faire ressortir avec vous, c'est le lien fort qui existe entre une situation, les émotions et les pensées... lorsque nous corrigeons la pensée, nous avons de nouvelles émotions qui sont plus positives et ce qu'on constate, c'est que les émotions négatives diminuent d'intensité... »	« ...oui ça fait du sens... ça m'aide... c'est... ça m'aide parce que je sais pourquoi je suis comme cela... que j'ai de la difficulté à m'exprimer... »	Philippe répond bien à l'enseignement que je lui prodigue. Il voit les interactions les situations, les émotions et les pensées.
Tenter à nouveau de lui faire compléter le questionnaire avant-traitement en diminuant les exigences et consolider son implication dans une perspective TCC	« Comme devoir, ce que je vais vous demander, c'est de regarder encore votre questionnaire, toujours le questionnaire avant-traitement... compléter deux pages. choisissez-les au hasard ou à votre choix... Trouvez-vous que c'est beaucoup, que c'est trop... trouvez vous que c'est mieux? »	« c'est mieux... »	Philippe accepte encore le devoir avec diminution de l'exigence.

Au terme de la rencontre, certains éléments importants doivent être soulevés. Premièrement, les devoirs semblent être un moyen plus ou moins efficace d'obtenir sa participation. Depuis le début de nos rencontres, Philippe modifie la raison qui explique qu'il ne complète pas le questionnaire avant-traitement : au début, c'était le retour à l'école de son fils qui avait pris toute son énergie et ensuite, c'était le nombre de pages qui le faisait paniquer et il avait le souci de performer et lors de cette rencontre, on apprend que c'est le manque d'énergie. Par contre, Philippe s'implique beaucoup dans son combat avec la CSST. Il remplit beaucoup de tâches quotidiennes également. Nous pouvons nous permettre ici de questionner la véritable raison de son incapacité à faire le devoir. Il ressort dans les tests une faible estime de soi, une tendance à la passivité agressive de même que dans son histoire, on apprend qu'il a toujours eu de la difficulté à s'affirmer dans diverses situations. Peut-être que Philippe n'est pas en mesure de s'affirmer face au thérapeute. Peut-être n'est-ce pas un bon moyen pour solliciter la participation et l'implication de Philippe dans la thérapie. Malgré tout, il accepte encore au terme de cette rencontre de faire le devoir.

Ensuite, tout au long de la rencontre, Philippe semble réagir mieux aux interventions de type relation d'aide qu'aux interventions structurées de nature TCC. En effet, tout au long de la rencontre, il débordera fréquemment de la question posée pour aborder son conflit avec la CSST et ses maux physiques. Ces deux aspects semblent centraux dans sa vie et semble être identifiés comme le moteur de ses problèmes. En attaquant les pensées, il ne voit peut-être pas la pertinence compte tenu que ses problèmes ne sont pas

d'ordre psychologique; ce qui m'amène à me questionner sur le pairage approche TCC et besoins du client.

À ce stade-ci, peut-être que Philippe n'est pas prêt pour une intervention plus structurée et qu'il a besoin davantage de parler de ses émotions. Peut-être ai-je mal évalué l'impact de la douleur chronique dans sa dynamique ? On peut se questionner également sur ses réelles intentions de résoudre sa dépression s'il tient à faire reconnaître sa dépression comme une conséquence directe et normale de ses maux chroniques.

Au terme de cette rencontre, j'évalue que Philippe n'est pas encore tout à fait impliqué dans la TCC compte tenu de sa difficulté à faire les devoirs et de son implication dans les démarches concernant son conflit avec la CSST qui lui prend beaucoup d'énergie.

Rencontre # 6 (jeudi, le 30 septembre 2004)

*Préambule*

Philippe se présente en entrevue avec du stress relié à ses maux physiques (tension musculaire) qui ont occupé toute la place durant ces derniers jours.

Tableau 3  
Analyse de la 6<sup>e</sup> rencontre

Intentions du thérapeute	Interventions verbatim du thérapeute	Réactions verbatim de Philippe	Réflexions et commentaires
Vérifier l'humeur du client afin d'observer les changements possibles et de prendre note de l'état du client dans une perspective TCC	« ...j'aimerais savoir comment va votre humeur depuis la dernière fois...depuis lundi passé...? »	« disons que l'anxiété a augmenté...le stress aussi...ça va ensemble... là j'ai de l'anxiété...je suis parti de chez moi et ma femme était un peu désespérée de la situation...vu les réponses de la CSST et là, elle m'a laissé dans...de l'anxiété parce que je n'ai pas de réponse à ses questions et ça me met une boule dans l'estomac...»	Philippe répond directement à la question. Il ne déborde pas comme il a tendance à le faire. Le conflit avec la CSST est la source de son état. On voit que le conflit a des retombées sur sa relation conjugale.
Vérifier si les devoirs sont complétés afin de vérifier son implication et l'aider le cas échéant. Favoriser la prise en main	« ...comme objectifs, on s'était fixé...on avait dit que vous deviez remplir une page ou deux. »  « le questionnaire avant-traitement a-t-il été...c'est toujours difficile pour vous de le faire? »	« je souligne des...j'étais dans la section distorsions cognitives et je soulignais ce que je pense être moi... »  « oui...ça me remue...parce que j'ai l'impression que j'essaie de mettre de côté mes problèmes pour essayer de régler ce qui présentement...ce qui est stressant pour moi et ma famille...quand j'oublie cet aspect-là pour m'en aller dans le questionnaire et	Philippe me parle d'un autre devoir qu'il a commencé mais pas du questionnaire tel que demandé.  Philippe n'a pas fait le questionnaire malgré les exigences diminuées et le fait qu'il a accepté le devoir. L'introspection le conduit au découragement et à la tristesse. La raison change encore une fois.

Analyse de la 6<sup>e</sup> rencontre (suite)

Intentions du thérapeute	Interventions verbatim du thérapeute	Réactions verbatim de Philippe	Réflexions et commentaires
		là...ouf...je remonte à la surface des comportements que j'ai...des comportements des autres face à moi...je viens plus triste...du découragement... »	
Observer la feuille de distorsions cognitives afin de dégager des éléments de travail	« donc, ceux qui vous ressemblent le plus sont la comparaison injuste : vous interprétez les événements en terme de standards irréalistes par exemple, vous vous concentrez uniquement sur ceux qui réussissent mieux que vous et vous vous considérez un peu inférieur à eux. Donc, vous avez tendance à vous comparer fréquemment aux autres. »	« Oui. »	Philippe a bien fait ce devoir. Cependant, il n'élabore pas. Le devoir est fait mais je me questionne sur la résonance de ce devoir avec une réponse aussi brève.
Retour sur la dernière rencontre dans le but de vérifier les éléments retenus par Philippe et d'assurer une continuité entre les rencontres	« ...on avait fait de la restructuration cognitive et vers la fin de la rencontre, vous aviez mentionné que cela vous aidait à mieux vous comprendre... »	« ...c'est ça. Ce que j'ai fait... j'attendais...je suis allé à un rendez-vous hier, je suis allé voir un psychiatre... je vais pouvoir passer une résonance magnétique, aller voir un neurologue...Ça va m'aider à mieux comprendre mes problèmes physiques... c'est lié à ma dépression en partie, je suis de plus	Philippe ne reste pas collé à la question. Il me parle de ses préoccupations physiques. Ceux-ci semblent être au premier plan.

Analyse de la 6<sup>e</sup> rencontre (suite)

Intentions du thérapeute	Interventions verbatim du thérapeute	Réactions verbatim de Philippe	Réflexions et commentaires
		en plus convaincu de cela que ça en fait partie...mon manque d'énergie... »	
Structurer la rencontre et poursuivre le travail	« Donc, on pourrait consacrer une trentaine de minutes à votre histoire (anamnèse), même si cela peut paraître rapide, l'important est d'essayer de couvrir le tout, et puis après cela, je consacrerai environ une demi-heure à l'éducatif comme tel. Est-ce que ça vous va? »	« Oui... »	Philippe accepte le plan de la rencontre. On voit encore ici un effort du thérapeute de maintenir le cadre TCC indépendamment des préoccupations du client. On peut également se questionner sur la compréhension que Philippe développe à propos de la structure TCC. Mon intention est-elle vraiment claire pour Philippe?
Exploration de la situation actuelle dans le but d'amasser de l'information pertinente et de favoriser l'alliance	« ...quelle serait la couleur particulière qui vous unit vous et votre fils, qui décrit vos interactions? »	« c'est plus dans les gestes, parce que je ne peux pas dire que je lui parle autant que ma conjointe. Ma femme va lui parler de tout. Elle est toujours inquiète. Elle pose plus souvent les questions à savoir comment ça va à l'école. Elle parle... quand elle voit quelque chose à la télé qui a rapport à la sexualité des ados par exemple, tout de suite elle lui demande... elle lui	Philippe parle davantage lorsque l'on explore son vécu comme en témoigne l'extrait. Cependant, il a parfois de la difficulté à répondre directement aux questions comme en témoigne l'exemple où il parle de la relation mère-fils alors qu'il est questionné sur la relation père-fils.

Analyse de la 6<sup>e</sup> rencontre (suite)

Intentions du thérapeute	Interventions verbatim du thérapeute	Réactions verbatim de Philippe	Réflexions et commentaires
		<p>pose des questions sur ses amis à l'école...elle n'arrête pas... »</p> <p>« moi je suis un homme, j'ai plus de tolérance envers certaines attitudes face à mon garçon. Ma femme ne tolère pas grand chose. Elle veut tellement que tout soit (fait un bruit de grincement) casé...elle est un peu excessive... oui elle est contrôlante... »</p>	<p>On apprend ici que Philippe se sent contrôlé par sa femme. Encore ici, Philippe développe très peu sur sa relation avec son fils. Il présente une difficulté à parler de lui directement.</p>
Éducatif sur les trajectoires dépressives afin d'améliorer la compréhension de Philippe	« Premièrement, dans la dépression ce qu'on remarque et qui est typique, ce sont tous les facteurs qui se combinent pour maintenir la dépression... c'est plein de choses qui se combinent ensemble... Dans la littérature, dans les approches qui ont été comparées, ce qu'on constate c'est que, ce qui est important de faire, ce qui produira un changement de l'humeur ou une amélioration générale, c'est ce qu'on nomme la réactivation comportementale... dans les dix premières séances, de se concentrer là-dessus... Est-ce que vous	« Oui, je comprends... »	Philippe reçoit l'information sans poser de question. Il est plutôt passif et attentif. Mais a-t-il vraiment compris?

Analyse de la 6<sup>e</sup> rencontre (suite)

Intentions du thérapeute	Interventions verbatim du thérapeute	Réactions verbatim de Philippe	Réflexions et commentaires
	comprenez l'importance de cela?»)»		
Instauration de la grille d'enregistrement des activités dans le but d'initier la réactivation comportementale	« ...le devoir que je veux que vous fassiez pour moi cette semaine... une grille d'auto enregistrement des activités... c'est de prendre en note ce qui se passe dans vos journées... On va essayer d'inspecter la manière dont vous vous activez durant la semaine... je vous donne un autre petit devoir qui va dans le même sens... j'aimerais que vous me fassiez une liste sur une feuille... d'activités que vous aimez ou que vous aimiez pratiquer et que vous ne pratiquez plus... Nous pourrions y consacrer un autre sept à huit rencontres. Est-ce que ça vous va? »	« d'accord...c'est bon... si ça peut m'aider à avoir...j'ai la tête qui « bouille » (pas sûr du mot)... ce n'est pas dur à expliquer...si ça peut m'aider...j'ai plein de...j'ai plein de pensées qui viennent en même temps, je n'arrive pas à les disperser...ça va peut-être m'aider à ce niveau-là...à m'occuper l'esprit et je vais peut-être avoir plus de temps à...régler mes problèmes un à un. »	Philippe répond bien et s'intéresse aux devoirs à priori. Il accepte le devoir et le plan des prochaines rencontres. Il me traduit bien son besoin d'aide et il ne soulève pas de difficultés à compléter le devoir. Philippe parle également de régler ses problèmes un à un, mais je n'interviens pas sur cet énoncé. Cela aurait pu être intéressant de vérifier ce qu'il entendait par là. Finalement, est-ce réaliste de lui donner deux devoirs alors que les devoirs ne semblent pas être un moyen efficace pour rejoindre Philippe?

*Résumé synthèse*

Le questionnaire avant-traitement n'est toujours pas complété, car les énoncés engendrent tristesse et découragement. La raison change encore une fois. Il est clair à ce moment-ci que mes attentes de thérapeute ne sont pas comblées. Philippe ne fait pas ses

devoirs, il est difficile d'obtenir de l'information directement. Je sens également que nous perdons du temps. Mon écoute s'en trouve affectée et je songe davantage à maintenir le cadre TCC plutôt qu'à forger l'alliance thérapeutique ou encore à trouver un moyen de changer le plan de traitement.

Tout au long de la rencontre, nous le complétons ensemble sans difficulté. Philippe ne pleure pas et il n'a pas de difficulté à répondre tant aux questions factuelles que personnelles. On peut penser que laissé à lui-même, Philippe a beaucoup de difficulté à initier des activités. Lorsqu'il est pris en main, il réagit mieux mais il demeure tout de même passif dans la démarche thérapeutique. Nous constatons également que malgré son incapacité à faire tous les devoirs depuis le début, il accepte encore des devoirs sans s'opposer d'aucune manière. Sa difficulté d'affirmation est sûrement en jeu face à moi également. Nous pouvons nous questionner également sur sa véritable compréhension des devoirs proposés, car les devoirs ne sont pas complétés ou complétés partiellement.

#### Rencontre # 7 (jeudi, 7 octobre 2004)

Philippe annule la rencontre, car il doit rencontrer son avocat pour quelque chose d'important concernant son litige avec la CSST. Mentionnons qu'il ne reporte pas la rencontre et que je dois le contacter pour planifier une autre rencontre. C'est la deuxième annulation de Philippe; ce qui commence à alimenter mon hypothèse de manque d'implication. Néanmoins, je poursuis le cadre d'intervention.

## Rencontre # 8 (jeudi, 14 octobre 2004)

*Préambule*

Philippe se sent fatigué à cause de son dos et il se sent toujours triste. Une des premières choses qu'il me dit en arrivant, c'est qu'il a complété le tableau mais qu'il a oublié ses feuilles à la maison. Il semble affligé physiquement et émotionnellement comme en témoigne son non verbal affaissé.

Tableau 4

Analyse de la 8<sup>e</sup> rencontre

<b>Intentions du thérapeute</b>	<b>Interventions verbatim du thérapeute</b>	<b>Réactions verbatim de Philippe</b>	<b>Réflexions et commentaires</b>
Vérifier l'évolution de l'humeur	« comment va l'humeur depuis la dernière semaine? »	« ça été plus difficile...physiquement en tout cas...parce qu'en physiothérapie, les ultrasons...interférentiels... en tout cas, ça réveille des douleurs. Je suis tout le temps courbaturé et il essaye de s'ajuster...parce que j'ai deux problèmes majeurs au dos et ce n'est pas évident de...j'avais des nerfs irrités dans le bas du dos et ce symptôme augmente depuis que j'utilise la méthode interférentielle... »	Philippe ne répond pas directement à la question mais aborde d'emblée ses problèmes de dos. Les maux physiques sont accablants et au premier plan. Je me sens relativement impuissant face à ce problème physique. Je me rattache donc au cadre d'intervention TCC.
	« ...mais au niveau de l'humeur, on sent qu'il y a vos maux de dos...mais en quelques mots, c'est quoi l'humeur? »	« l'humeur c'est...ouf...c'est plus de la fatigue constante... »	Les préoccupations sont de l'ordre physiologique. Même lorsque je le relance, il ne parle pas de ses sentiments.

Analyse de la 8<sup>e</sup> rencontre (suite)

Intentions du thérapeute	Interventions verbatim du thérapeute	Réactions verbatim de Philippe	Réflexions et commentaires
<p>Vérifier si les devoirs sont faits afin de favoriser la progression, l'autoprise en charge et le cas échéant, apporter mon aide</p>	<p>« ...premièrement, ce que vous me dites, c'est que vous avez oublié le tableau d'enregistrement des activités quotidiennes... »</p> <p>« Je vous avais demandé aussi de faire une liste d'activités que vous trouvez plaisantes. Est-ce que vous l'avez fait aussi? »</p> <p>Mais avez-vous fait une liste d'activités que vous aimez pratiquer? »</p> <p>Mais avez-vous fait la liste? »</p> <p>Est-ce que je vous avais expliqué le rationnel de ce devoir? Peut-être pas... »</p>	<p>« ...oui, c'est que j'ai toutes mes affaires à la maison et je ne les avais pas apportées dans l'auto. D'habitude, je mets ça dans l'auto quelque jours avant pour être sûr de ne pas les oublier... je suis parti vite...ouf...j'ai rempli le papier, pour les activités...le tableau... j'ai fait le tableau et c'est cela que j'ai fait... »</p> <p>« ...plaisantes...ce qui m'aide à ce temps-ci de l'année, moi j'aime l'automne en général...disons que je l'apprécie plus cette année, peut-être un peu plus... »</p> <p>« ...ben disons que...des activités...consacrer peut-être plus de temps à l'ordinateur. Pas que ça devienne une manie mais pour m'activer afin de ne pas penser à des choses négatives. Essayer de faire de la recherche un peu... non. »</p> <p>« La liste...non...pas vraiment...j'essaie d'y aller...faire une liste pour moi...je ne sais pas, c'est... »</p> <p>« ...non peut-être pas... »</p>	<p>Philippe mentionne avoir complété le tableau, mais l'avoir oublié. On peut se questionner sur la véracité des propos. Peut-être a-t-il simplement oublié de le compléter, mais qu'il n'ose pas me le dire.</p> <p>Philippe évite carrément la question en tentant de faire la liste spontanément. Je dois me reprendre à trois fois avant d'obtenir une réponse directe. Est-il capable de s'affirmer? De plus, il mentionne que je ne lui avais pas expliqué le rationnel alors que lors de la dernière rencontre, cet éducatif a été fait. Est-il attentif lors des rencontres? L'alliance est-elle établie?</p>

Analyse de la 8<sup>e</sup> rencontre (suite)

Intentions du thérapeute	Interventions verbatim du thérapeute	Réactions verbatim de Philippe	Réflexions et commentaires
Reprendre l'éducatif sur l'importance de la liste d'activités plaisantes	« c'est pour cela que je vous incite encore... je vais vous le donner encore comme devoir de faire une liste d'activités plaisantes... »	« non c'est certain qu'il y a des choses que j'ai laissé tomber. C'était la fête de mon fils... il voulait faire du Kart avec ses deux amis... J'aurais aimé ça mais je sais que je ne tiendrais pas deux minutes là-dedans... ce sont des choses que j'aurais fait il y a quelque années, sans problème, mais là je ne peux plus... »	Philippe fait constamment face à des « deuils » en raison des limitations physiques. Le devoir le transporte dans les pertes dont il ne peut se dégager. L'on sent de ma part un attachement systématique au cadre TCC alors que du temps devrait peut-être être consacré à l'alliance.
Lui permettre de choisir un point qu'il veut travailler	« Aujourd'hui, ce qu'on pourrait mettre dans notre agenda... avez-vous une pensée, un point précis que vous avez envie de travailler? Parce que moi j'en vois mais je veux vous laisser la place...  « ...mais est-ce qu'il y aurait d'autres outils que vous pourriez vous donner pour le faire? »	« je vais vous donner un exemple, normalement une piscine, je ferme ça dans l'espace de quelques heures et là ça fait trois jours que je suis après cela... Je me dis que je peux le faire, mais qu'il va falloir que je le fasse en plusieurs étapes... »  « ...c'est sûr que mon fils pourrait commencer à m'aider... ce n'est pas dans mon tempérament... »	Philippe répond bien lorsque je lui laisse plus de liberté. Il est très concret et il me parle de « deuil », d'adaptation à laquelle il doit faire face.  Il répond bien dans une approche de résolution de problèmes. Philippe me parle de sa difficulté à demander de l'aide. À ce stade-ci, j'estime que nous sommes bien « connectés »

Analyse de la 8<sup>e</sup> rencontre (suite)

<b>Intentions du thérapeute</b>	<b>Interventions verbatim du thérapeute</b>	<b>Réactions verbatim de Philippe</b>	<b>Réflexions et commentaires</b>
<p>Adapter la TCC en servant de son discours pour faire de la restructuration cognitive. Je déroge au programme prévu</p>	<p>« Aujourd'hui, ce que je vous propose de faire pour la rencontre, ça pourrait être une thématique qu'on pourrait regarder ensemble : votre capacité à demander de l'aide. On pourrait regarder également les pensées, votre langage intérieur lorsque vous n'êtes pas en mesure de demander de l'aide. »</p> <p>« ...c'est nouveau, il faut apprendre à faire les choses autrement... »</p>	<p>« Regarde...je vais te dire comment je me sentais hier... je ne pensais pas à mes bibittes hier, je m'occupais et côté cerveau, ça m'aidait beaucoup... un moment donné, la douleur s'est installée de plus en plus, j'ai eu une fatigue intense et même si ça vient pas de ma tête, ça vient me chercher dans ma tête... »</p> <p>« ...mon cerveau il n'est pas habitué de travailler de cette façon-là...de travailler d'une façon à faire une activité en plusieurs étapes...j'ai pas été habitué à penser de cette manière-là... »</p>	<p>Philippe ne répond pas à ma tentative de le rediriger dans la structure TCC. Il me parle plutôt de son vécu et des maux physiques qui semblent être, selon lui, la source de ses problèmes. Nous ne sommes plus connectés.</p> <p>Ici, mon intervention est centrée sur le changement alors que Philippe est encore dans le deuil engendré par ses maux physiques. Philippe me parle de l'adaptation à laquelle il doit faire face. Il semble davantage dans les émotions.</p>

Analyse de la 8<sup>e</sup> rencontre (suite)

Intentions du thérapeute	Interventions verbatim du thérapeute	Réactions verbatim de Philippe	Réflexions et commentaires
<p>Poursuivre le travail sur les perceptions et recadrer le dialogue vers un travail TCC</p> <p>Revenir au tableau d'enregistrement des pensées</p> <p>Changer le discours centré sur les émotions négatives</p>	<p>« ...si je ne peux pas changer la situation, il reste un lieu où je peux avoir du pouvoir, c'est dans la façon de voir les choses... il vous reste du pouvoir, c'est votre façon de prendre ou de vivre ses limitations physiques... la situation que vous pourriez inscrire, c'est vos maux de dos... »</p> <p>« ...c'est quoi le message que vous enregistrez quand vous regardez cela? »</p>	<p>« ...il y en a tellement des limitations... »</p> <p>« ...c'est de l'invalidité totale... je suis invalide... »</p>	<p>Philippe accepte de travailler ses pensées. Bien qu'il soit dans un discours émotif, je l'incite à sortir des émotions pour travailler plus rationnellement.</p> <p>Nous touchons à mon avis au cœur de sa perception face à ses problèmes physiques. Celle-ci peut d'ailleurs interférer dans le processus thérapeutique. Son manque d'assiduité au devoir peut avoir comme conséquence de confirmer cette image chez lui-même.</p>

Analyse de la 8<sup>e</sup> rencontre (suite)

Intentions du thérapeute	Interventions verbatim du thérapeute	Réactions verbatim de Philippe	Réflexions et commentaires
Vérifier la compréhension et l'impact du travail de restructuration avec le client	<p>« ... quand vous regardez votre tableau dans l'ensemble, qu'est-ce que ça vous dit? »</p> <p>« Pour l'instant, il est clair que le retour au travail est difficile à envisager. C'est sûr que c'est une source importante de valorisation, mais ce que vous devez faire, c'est de vous demander comment aller chercher de la valorisation autrement que par le travail étant donné que vous ne pouvez pas travailler pour le moment? »</p>	<p>« Ça me dit que... j'ai peut-être pas les bons mots... mais ça confirme dans quel état je suis... je suis incapable présentement de travailler... je comprends où tu veux en venir. Il faut que je fasse la différence entre une invalidité et une incapacité. »</p> <p>« ... oui, mais c'est important de travailler. Comment je vais faire pour gagner ma vie? Avec ce que j'ai là, je vais arriver à quoi au bout de la ligne?... me valoriser autrement... faut que je focus sur le présent et essayer de me valoriser dans d'autres activités. »</p>	<p>Philippe répond bien au travail de restructuration. La souffrance demeure présente bien qu'on sente un certain impact sur sa perception. L'intention est atteinte et le cadre TCC est maintenu.</p> <p>Philippe ne peut se résigner à la dure réalité de ne pas travailler. De plus, ne pas travailler entraîne des soucis financiers qui s'ajoutent à ses problèmes importants. Philippe a de la difficulté à modifier sa perception.</p>
<p>Poursuivre l'auto-prise en charge et insister sur l'importance des devoirs comme source de progression</p> <p>Rediriger le travail vers le plan qui vise la réactivation comportementale</p>	<p>« ... je terminerais là-dessus et en vous donnant un devoir comme à chaque fois. Ce n'est pas tellement un devoir, mais plutôt un outil pour vous aider. Vous faites la liste d'activités plaisantes que vous pouvez pratiquer et vous me faites un autre tableau d'enregistrement des activités quotidiennes. C'est ce que je vous demande pour cette semaine. Ça vous va? »</p>	<p>« Oui »</p>	<p>Philippe accepte le devoir. Encore ici, je me questionne sur son acceptation. Malgré le fait qu'il ne semble pas motivé par les devoirs, on constate que je m'attache au cadre théorique de manière rigide.</p>

### *Résumé*

Il semble vraiment y avoir un problème avec les devoirs. Ils ne sont jamais complétés totalement et les raisons changent de rencontre en rencontre. À ce stade-ci, nous croyons que le client n'est pas impliqué et que les devoirs ne sont pas un moyen adéquat pour solliciter sa participation. Néanmoins, le thérapeute poursuit sans confronter de manière efficace cet aspect et se remet lui-même en question par manque d'expérience et par difficulté à le confronter. Le thérapeute sent la pression du temps qui avance et il s'accroche de manière rigide au plan de traitement. De plus, Philippe annule son dernier rendez-vous, ce qui lui laissait plus de temps pour faire ses devoirs en entier.

À date, la participation à la TCC est mitigée. Il a besoin que je fasse tout avec lui. Les maux physiques et son conflit avec la CSST sont centraux. L'impact de ces deux variables a été mal évalué en début de thérapie. Je crois qu'il consacre tout son énergie dans son conflit avec la CSST et ses maux physiques lui grugent le peu d'énergie qu'il lui reste. La résultante est qu'il lui reste peu de motivation pour la thérapie. Je constate que Philippe accepte le travail en thérapie et les devoirs, mais cela ne veut pas dire qu'il s'implique pour autant. Il a peut-être de la difficulté à s'affirmer également. Si l'on tente un parallèle avec la dynamique de dépendance et de passivité agressive identifiée en anamnèse, cette dynamique semble s'activer en thérapie également comme en témoigne les devoirs non complétés, la difficulté à répondre directement aux questions, l'acceptation des devoirs malgré sa difficulté à les compléter.

Néanmoins, le thérapeute maintient la structure TCC tel que prescrit devant la résistance du client. Tel que mentionné plus haut, ce manque de flexibilité peut s'expliquer entre autres par le manque d'expérience et la pression du cadre thérapeutique.

#### Rencontre # 9 (jeudi, 21 octobre 2004)

Philippe annule son rendez-vous, car il se dit trop fatigué pour venir au rendez-vous. C'est la troisième fois qu'il annule son rendez-vous sans pour autant reporter la rencontre. Je dois le rejoindre encore afin de planifier la future rencontre.

#### Rencontre # 10 (jeudi, 28 octobre 2004)

Mentionnons que l'enregistrement audio de cette rencontre n'a pas fonctionné pour une raison inconnue. Les éléments sont tirés des prises de notes au cours de la rencontre.

Philippe se sent triste, car il a reçu le diagnostic de fibromyalgie le 25 octobre 2004. Il se sent fatigué, il manque de concentration et ressent du désespoir face à son avenir.

Philippe n'a pas complété ses devoirs car il trouve cela trop difficile. Philippe s'affirme et y va d'une explication franche et directe. Il manque de concentration et il mentionne que lorsqu'il tente de faire les exercices suggérés, cela lui évoque une image négative de lui-même. Ce n'est plus uniquement la fatigue qui l'empêche de faire ses devoirs, mais

aussi les sentiments négatifs qui surviennent. La raison change encore une fois mais cette fois, elle semble plus franche et directe.

La dernière rencontre a permis de contester une croyance (je suis invalide), de mettre à jour qu'il a de la difficulté à demander de l'aide et qu'il a tendance à dépasser ses limites lorsqu'il pratique une activité physique; ce qui crée un cercle vicieux.

Cette rencontre a servi principalement à faire un bilan et à relancer la thérapie, car elle semblait ne pas avoir réellement débuté. Nous avons parlé de ses problèmes actuels et je lui ai demandé en quoi je pouvais l'aider. J'ai reformulé plusieurs fois et j'ai utilisé le même langage que lui. « Comment pourrais-je t'aider? », « Vous manquez d'outils, quels outils je pourrais vous donner? » Philippe, après nos échanges, me formule qu'il a des comportements ou attitudes qu'il aimerait changer. J'utilise encore ici les mêmes mots que lui afin de tenter de le motiver à s'impliquer dans le processus de thérapie : « Ça tombe bien, moi je connais bien les comportements et attitudes et je peux te donner des outils pour les modifier! » De plus, cette formulation cadre très bien dans le cadre de TCC.

À la fin de la rencontre, Philippe semblait davantage rejoint dans son expérience et il a accepté de poursuivre la thérapie. Il semblait plus confiant en notre travail thérapeutique. Il était plus enthousiaste, détendu et il se livrait plus directement. Les interventions de base de relation d'aide semblent bien fonctionner avec Philippe. À ce

stade-ci, je constate que Philippe se sent prêt à s'impliquer dans la démarche. Je me sens plus motivé, car l'absence de « progrès » commençait à entraîner une baisse de motivation chez moi.

Philippe doit noter trois comportements et/ou attitudes qu'il trouve problématiques et les décrire de manière concrète afin de pouvoir les travailler.

Au terme de cette rencontre, on peut se poser la question suivante : l'alliance thérapeutique est-elle établie? Le cadre de TCC, tel que je l'ai appliqué, a-t-il laissé suffisamment de place pour entendre les besoins de Philippe et y répondre?

#### Rencontre # 11 (jeudi, 11 novembre 2004)

Philippe ne s'est pas présenté à son rendez-vous. Il n'a pas contacté pour annuler. Le thérapeute contacte par téléphone sans être capable de le rejoindre directement. Il lui laisse un message, mais n'obtient pas de retour d'appel. Par la suite, le thérapeute fait plusieurs tentatives afin de le rejoindre et lui laisse plusieurs messages sans succès. Ce n'est que lors de la dernière semaine de novembre qu'il a de ses nouvelles.

Il est intéressant de mettre en perspective cette absence et la dernière rencontre où il semblait définitivement plus rejoint. Il voulait poursuivre les rencontres et semblait enthousiaste, mais il me laisse sans nouvelle sans même prendre le temps d'annuler.

Nous questionnons ici la justesse des impressions du thérapeute face à la dernière rencontre.

Rencontre # 12 (vendredi, 3 décembre 2004)

Philippe ne se présente pas à son rendez-vous. La raison de son absence reste nébuleuse. Le thérapeute doit le contacter pour planifier la date de la prochaine rencontre. Il constate que Philippe ne prend même pas la peine de motiver son absence pas plus que de prévoir une rencontre ultérieure. Le thérapeute commence à croire qu'il n'a pas de réel intérêt pour nos rencontres et que le cadre TCC n'a pas su le rejoindre dans son expérience et le motiver.

Rencontre # 13 (lundi, 13 décembre 2004)

*Préambule*

Philippe arrive en entrevue triste avec beaucoup d'anxiété. De lui-même, il n'aborde pas la raison de ses absences. Au cours de la rencontre, il restera nébuleux mais nous en apprendrons un peu. À ce point-ci de la thérapie, compte tenu qu'il reste une seule rencontre après celle-ci, je consacrerai nos entretiens à faire des bilans et observer les points centraux. J'utilise davantage des techniques de relation d'aide centrée sur le client. Je laisse de côté la TCC et je tenterai de lui laisser des outils avant la fin. Nous en profiterons également pour évaluer à nouveau l'intensité de la dépression et les dimensions de personnalité (évaluation post-traitement).

Tableau 5

Analyse de la 13<sup>e</sup> rencontre

Intentions du thérapeute	Interventions verbatim du thérapeute	Réactions verbatim de Philippe	Réflexions et commentaires
Divulgation des résultats post-traitement aux inventaires de dépression afin de vérifier l'évolution clinique	« ...en gros, ce que ça semble nous indiquer, c'est qu'il n'y a pas grand chose qui a bougé... »	« ...ça a pas changé beaucoup à ce niveau-là...ni d'après ma conjointe. Elle trouve que je suis pire qu'avant... si elle me compare...aux quatre dernières années, elle trouve que je décline... je suis toujours dans l'incertitude, le stress...Faut que je fasse beaucoup...je donne beaucoup d'énergie pour arriver à m'occuper de mes affaires de la CSST ou ma compagnie d'assurance privée... »	Philippe confirme les résultats. De plus, il confirme que son litige avec la CSST qui entraîne des problèmes financiers sérieux et des perturbations conjugales est central dans sa vie et que par corollaire, son implication dans la thérapie est mitigée.
Identifier et nommer les problèmes centraux de sa vie  Refléter le peu d'importance qu'il accorde au travail psychologique	« ...moi je sens que la CSST, c'est le thème central dans votre vie...donc, la dépression n'a jamais eu beaucoup de place dans le sens où vous avez toujours eu autre chose... »	« ...oui c'est parce que je n'ai pas le choix de passer par là. On dit toujours qu'on a le choix dans la vie...j'ai essayé de...j'ai fait un choix dans le passé à travers ma dépression. J'ai essayé de passer par-dessus ça...de ne pas en tenir compte et d'essayer d'aller en avant...et j'ai frappé un mur. J'ai frappé un mur en essayant de... »  « ...oui autre chose...on ne m'a pas lâché...on m'a pas lâché depuis le début... »	Philippe s'ouvre et il me parle de son découragement et de son échec dans le passé à surmonter la dépression.  Philippe témoigne son accord sans détour. Sa préoccupation centrale n'est pas la thérapie.

Analyse de la 13<sup>e</sup> rencontre (suite)

Intentions du thérapeute	Interventions verbatim du thérapeute	Réactions verbatim de Philippe	Réflexions et commentaires
Le confronter à ses absences afin de lui permettre de s'exprimer sur les motifs	<p>...on a été un bout de temps à avoir de la difficulté à se rejoindre... qu'est-ce qui fait selon vous que la période entre le 28 septembre et aujourd'hui, nous n'avons pas réussi à se voir? »</p> <p>« mais vous ne pouviez pas leur dire, par exemple, que le jeudi à 15 heures, vous ne serez pas là et qu'il vous appelle à une autre plage... »</p>	<p>« j'ai eu beaucoup de stress au niveau... (soupir)...au niveau des assurances, au niveau de... quand j'ai eu... quand on m'a parlé de fibromyalgie, j'ai paniqué et j'ai commencé à faire des démarches... j'ai eu souvent à rencontrer l'avocat. J'ai eu à appeler les compagnies d'assurances... il fallait que je sois constamment à la maison pour attendre un appel... »</p> <p>« disons... c'est parce qu'après cela, ils sont difficiles à rejoindre et t'essaies de ne pas les manquer parce que tu veux que ça avance rapidement. J'essaie de raccourcir les délais au maximum... »</p>	<p>Philippe évoque son conflit avec la CSST pour motiver ses absences. Il me permet de savoir que toute son énergie disponible est concentrée sur son conflit avec la CSST. C'est un point majeur à mon avis que j'ai manqué lors de mon évaluation. Cela me questionne également sur ses réelles intentions à venir en thérapie : est une preuve importante qui lui sert dans ses démarches juridiques? Si la thérapie est surmontée, aura-t-il toujours des arguments pour se battre avec la CSST? Je réfléchirai sur cette question dans une section ultérieure.</p> <p>Philippe ne répond pas à la question. Il tente de se justifier. Bien que cela représente de bonnes raisons pour lui, il n'en demeure pas moins qu'il aurait pu m'en parler et nous aurions pu convenir de certaines modalités. Mais cela</p>

Analyse de la 13<sup>e</sup> rencontre (suite)

Intentions du thérapeute	Interventions verbatim du thérapeute	Réactions verbatim de Philippe	Réflexions et commentaires
	« ...mais vous allez toujours en physiothérapie. Vous n'avez pas manqué? »	« oui parce que là, ça me sort complètement de ma tête. C'est autre chose car là, on parle de mon corps. Ce n'est pas la CSST, ce n'est pas la psychologie et j'essaie de comprendre mon corps, pourquoi il réagit comme cela. Ça me motive beaucoup d'aller là. »	<p>démontre l'importance du conflit et surtout l'importance des conséquences de ce conflit : pertes monétaires, conflits conjugaux, etc.</p> <p>Philippe exprime directement son manque d'intérêt et d'implication au niveau de la psychologie. Il témoigne aussi de l'importance de ses maux physiques dans sa vie. Par contre, on sent que Philippe s'exprime directement au cours de cet entretien; ce qui n'a pas toujours été le cas jusqu'à date. Peut-être qu'une alliance interdisciplinaire aurait favorisé une meilleure prise en charge globale. Chose certaine, à ce point-ci, je me questionne réellement sur le type d'intervention dont Philippe a besoin. Je ne crois pas qu'une structure de TCC traditionnelle est appropriée. Nous y reviendrons plus tard.</p>

Analyse de la 13<sup>e</sup> rencontre (suite)

Intentions du thérapeute	Interventions verbatim du thérapeute	Réactions verbatim de Philippe	Réflexions et commentaires
Explorer la perception de Philippe sur ses difficultés actuelles	« Selon vous, j'aimerais ça vous entendre, quel est le problème actuel selon vous? »	« moi, je dirais que c'est mon irritabilité due à mes problèmes physiques... c'est le physique. Ça vient me chercher dans... »	Philippe confirme que le problème est le physique qui est à l'origine de tout. Ce qui me questionne : si le physique est à l'origine de la dépression, quel peut-être son niveau de motivation à venir travailler en psychologie? À mon avis, cette perception explique certainement une bonne partie du manque d'implication et de motivation de Philippe dans le processus que je lui ai proposé.
Le confronter et le conscientiser au niveau de son implication dans la résolution de la dimension psychologique de sa dépression	« ...la thérapie cognitive comportementale, ça fonctionne, mais ce n'est pas magique. La seule manière que ça fonctionne, c'est de s'impliquer et de venir aux rencontres. C'est de faire les devoirs et après cela, on voit des gains. Parce que moi, je vois des choses qui auraient pu vous aider... »	« c'est qu'on dirait que je ne suis pas dans le même pattern que... que le côté psychologie... c'est dû à mon physique... je n'ai pas d'énergie pour autre chose... »	Philippe parvient à réagir à la confrontation. Il formule une justification un peu incomplète. Il confirme qu'il n'est pas impliqué dans le processus. Lors de la réflexion, nous pourrions nous questionner sur les réelles raisons de son manque d'intérêt tel que déjà mentionné.

Analyse de la 13<sup>e</sup> rencontre (suite)

Intentions du thérapeute	Interventions verbatim du thérapeute	Réactions verbatim de Philippe	Réflexions et commentaires
Conscientiser Philippe sur la présence de distorsions cognitives	« il fallait qu'elle vous informe de cela? »	« oui, elle m'informait mais elle me l'a dit d'une façon...pour me faire peur. Elle m'a dit cela d'une façon pour me faire sentir...elle m'a mis dans l'incertitude la plus totale...j'ai su après que j'avais le droit de dire non. .. »	Philippe ne perçoit pas sa difficulté importante à s'affirmer, à dire non. Il prête une intention négative à autrui. Ce trait est également ressorti en évaluation. Il a de la difficulté à percevoir sa part de responsabilité et celle des autres dans cet exemple. Les émotions l'envahissent peut-être et les distorsions cognitives s'activent tel que « lire dans les pensées » dans ce cas-ci.

*Résumé de la rencontre*

Il est intéressant de relever les points suivants : Philippe n'a pas fait ses devoirs malgré un mois d'absence en raison de son conflit avec la CSST, il avoue avoir peu d'intérêt pour la psychothérapie, ses maux physiques et son conflit avec la CSST sont les points centraux dans sa vie et il est découragé.

Au niveau de l'intervention, il apparaît évident que la TCC ou un processus psychologique ne l'accroche pas. Lorsque j'utilise des techniques de base telles que l'écoute active, l'empathie avancée, la reformulation et la confrontation, il réagit mieux

en répondant presque toujours aux questions de manière directe; ce qui me questionne toujours sur l'appariement problématique de Philippe et structure TCC traditionnelle.

Rencontre # 14 (mardi, le 14 décembre 2004)

*Préambule*

C'est notre dernière rencontre. Nous complétons le Rorschach et nous faisons le bilan de nos rencontres. Le MCMI-III a été complété. La rencontre servira à tenter de démontrer les bénéfices qu'il pourrait retirer d'une psychothérapie et tenter de lui laisser des outils ainsi qu'une meilleure compréhension de lui-même.

Tableau 6

Analyse de la 14<sup>e</sup> rencontre

<b>Intentions du thérapeute</b>	<b>Interventions verbatim du thérapeute</b>	<b>Réactions verbatim de Philippe</b>	<b>Réflexions et commentaires</b>
Évaluer l'humeur	« comment va votre humeur? »	« c'est un peu mieux ces temps-ci, peut-être parce que j'ai fait des démarches (CSST)...peut-être que ça m'a aidé un peu...je suis obligé de toujours prendre les devants mais au moins, on me comprend... »  « oui...parce qu'il y a un lien...je vois un lien entre ma situation et mes pensées qui sont toujours pareilles... »	L'humeur de Philippe semble dépendre de l'évolution de son litige avec la CSST.  Philippe est peut-être en train de démontrer qu'il a retenu les éducatifs sur les cognitions.

Analyse de la 14<sup>e</sup> rencontre (suite)

Intentions du thérapeute	Interventions verbatim du thérapeute	Réactions verbatim de Philippe	Réflexions et commentaires
Partager les hypothèses cliniques tirées du Rorschach	« ...que l'environnement est menaçant et que vous vous sentez démuni, écrasé, dans une période où c'est difficile, où vous pouvez arriver au bout du rouleau...où est-ce que vous entrevoyez encore la liberté comme possible... vous n'êtes pas certain d'avoir la force de faire face à tout cela. Ce sont les éléments majeurs... Est-ce que ça fait du sens? Êtes-vous capable de mettre ça en relation avec des éléments de votre vie? »	« oui parce que je ne suis pas dans un état...je ne suis pas fort psychiquement... psychologiquement... en physiothérapie, c'est le seul endroit où je réussis à être quelqu'un d'autre...parce que je focus tellement sur mon état physique que je réussis à me détacher de... ça me donne un moment de répit. C'est à peu près la seule place que j'ai eu à date là...depuis mes dernières années, fais que...»	Philippe est capable faire des liens entre les éléments. Il se reconnaît. Il me rappelle l'importance qu'il peut donner à ses maux physiques. Il témoigne son besoin de décrocher de ses soucis; ce qui peut être une explication à ses absences. Cela me questionne à savoir si Philippe n'est tout simplement pas prêt pour une psychothérapie axée sur le travail thérapeutique. Peut-être une approche de soutien serait plus appropriée?
Effectuer un bilan des différents aspects de la thérapie	« Je vous ai peut-être assommé avec des questionnaires dès le départ et vous avez peut-être eu l'impression...compte tenu que vous étiez déjà fatigué, que vous n'aviez peut-être pas envie de faire encore des devoirs et des devoirs... »	« c'est parce que ça me ramenait dans des situations que j'ai vécues et je n'étais plus capable de... »	Philippe revient avec une raison différente de la fatigue. Par contre, il essaie peut-être de me dire que ce n'est pas le devoir lui-même, mais la nature du devoir.

Analyse de la 14<sup>e</sup> rencontre (suite)

Intentions du thérapeute	Interventions verbatim du thérapeute	Réactions verbatim de Philippe	Réflexions et commentaires
	<p>« quand je relisais les notes de nos rencontres... peut-être n'étiez-vous pas prêt à faire une psychothérapie pour l'instant... je ne peux pas m'empêcher non plus... vous vouliez faire reconnaître votre dépression auprès de la CSST, moi je me proposais de résoudre votre dépression... ça peut sembler paradoxal pour vous de venir ici... ce que je retiens, c'est qu'avec la CSST, vos maux de dos... c'était les deux thèmes centraux de votre vie... j'ai l'impression que vous partez avec... peut-être un peu de compréhension de votre dynamique... »</p>	<p>« j'ai appris à pardonner... faut que je fasse ça sinon j'arriverai jamais à aller en avant... j'ai cédé mes parts... d'avoir fait cela si vite, de ne pas avoir attendu d'être mieux psychologiquement... fais que je n'arrêtais pas de regretter, de regretter, de regretter... il fallait que j'apprenne à pardonner et ce qui reste, ce sont mes douleurs. Mes douleurs sont là et j'ai de la difficulté avec cela. »</p> <p>« oui, oui. Je me comprends de mieux en mieux. J'arrive plus à cibler mes problèmes... »</p>	<p>Philippe bifurque vers un autre sujet. Le devoir le projette dans son passé douloureux. En entrevue, il semble fragile et débordé lorsqu'il parle de ce sujet.</p> <p>Philippe ne réagit pas au caractère confrontant de ma synthèse. Il n'élabore pas et se contente d'acquiescer. Il termine avec une phrase générale sans élaborer. Mentionnons que Philippe n'est peut-être pas prêt pour une psychothérapie telle que je lui ai proposée (structure TCC). Cette phrase semble plus juste que celle énoncée lors de la thérapie. Peut-être est-ce pour cela que Philippe n'élabore pas davantage.</p>

### *Résumé de la rencontre*

Lors de cette rencontre, Philippe n'a pas beaucoup interagi. Il se contentait d'acquiescer sans élaborer. Il ne formule pas de commentaires spécifiques. Il dit avoir retenu des choses, mais ne peut pas élaborer. Il n'est pas plus impliqué dans la fermeture de la thérapie qu'il ne l'a été tout au long de nos rencontres. Il adopte une position de « receveur » d'informations. Tout au long des rencontres, il n'a jamais tenu de journal tel que suggéré mis à part quelques fois où je l'incitais à prendre des notes. Il ne repart avec rien de concret. Je l'incite tout de même à relire le document sur les distorsions cognitives, à regarder à nouveau son tableau d'enregistrement des pensées et à utiliser son tableau d'enregistrement des activités quotidiennes afin qu'il puisse devenir plus actif et prendre conscience de son rythme de vie. Je termine en lui suggérant de se procurer la version traduite du livre qui s'intitule « Mind over mood » qui permet à une personne d'être plus autodidacte dans sa lutte contre la dépression. La fin de thérapie est un reflet réaliste du processus tout en entier.

### CONCLUSION DE L'ANALYSE DES RENCONTRES

Nombre de questions ont été soulevées tant en regard du processus de thérapie lui-même qu'en regard des acteurs. Que ce soit le manque d'expérience qui conduit le thérapeute à s'accrocher au cadre thérapeutique, les résistances du client, le manque de motivation ou encore l'approche elle-même, ces ingrédients semblent favoriser la stagnation du processus. Nous tenterons d'explorer ces aspects dans le chapitre 7.

## *Chapitre 6*

*Analyse et évaluation de l'intervention en comparant les résultats aux questionnaires et à l'épreuve psychométrique en prétraitement et post-traitement*

ANALYSE ET ÉVALUATION DE L'INTERVENTION EN COMPARANT LES  
RÉSULTATS AUX QUESTIONNAIRES ET À L'ÉPREUVE PSYCHOMÉTRIQUE  
EN PRÉTRAITEMENT ET POST-TRAITEMENT.

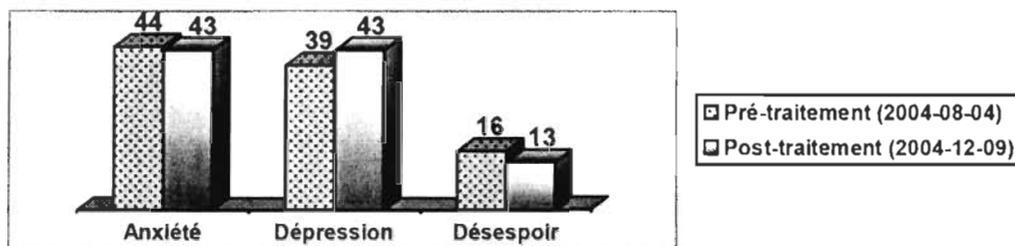
Cette section a pour objectif de rendre compte de l'efficacité du traitement cognitif-comportemental en regard de l'évolution de la symptomatologie du client. Pour ce faire, je présenterai des mesures comparatives aux questionnaires et aux tests utilisés en pré et en post-traitement afin d'obtenir un point de repère « plus » objectif.

J'utiliserai un tableau comparatif des résultats en ce qui concerne les questionnaires. Quant au test MCMI-III, le graphique sommaire en pré et post-traitement sera présenté d'une manière visuelle et une description plus détaillée des résultats suivra. Après la présentation de chacun des outils et également à la toute fin, une synthèse sera effectuée.

Les inventaires de Beck

La figure 1 expose les résultats aux inventaires de Beck en pré et post-traitement.

Figure 1 : COMPARAISON DES RÉSULTATS AUX INVENTAIRES DE BECK EN PRÉ ET POST-TRAITEMENT



L'inventaire d'anxiété de Beck indique une amélioration au score global de un point à la fin de la thérapie. Notons que l'intensité de l'anxiété se situe toujours au niveau sévère. L'analyse plus spécifique des items révèle très peu de variance significative entre la première et la deuxième passation.

L'inventaire de dépression de Beck, 2<sup>e</sup> édition, indique une détérioration du score global de 4 points à la fin de la thérapie. L'intensité de la dépression demeure sévère. En ce qui concerne ce questionnaire, il s'avère intéressant de comparer les items individuellement. Lors de la deuxième passation, on constate deux contradictions importantes qui n'étaient pas présentes lors de la première passation. En effet, Philippe se sent moins triste et il n'a pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie ou d'être un raté. Pourtant, Philippe rapporte qu'il n'éprouve plus aucun plaisir aux choses qui lui plaisent habituellement et qu'il ne s'aime pas du tout. Une autre contradiction provient du fait qu'il se sent si agité ou tendu qu'il doit continuellement bouger ou faire quelque chose alors qu'il évoque souvent un manque d'énergie lors de nos rencontres. Ces résultats seront étayés dans la synthèse.

L'échelle d'espoir de Beck indique une amélioration significative du score global de 3 points à la fin de la thérapie (16 à 13 points). L'intensité du désespoir (*Hopelessness*) passe de sévère à modérée. Autrement dit, la perception que Philippe a de l'avenir est légèrement plus positive et empreinte d'espoir. En effet, si l'on observe les items, Philippe a changé sa perception et il ne croit plus qu'il ferait mieux d'abandonner, car il ne peut rendre les choses meilleures pour lui. Ensuite, au terme de la thérapie, il lui est utile de savoir que quand ça va mal, cela ne durera pas toujours. Finalement, il n'accepte plus l'idée qu'il ne sert à rien de chercher à avoir quelque chose qu'il désire, parce que probablement qu'il ne l'obtiendra pas.

#### Synthèse des inventaires de Beck

Tout d'abord, d'une manière générale, nous observons aucun changement significatif dans l'intensité de chacun des inventaires bien que des variations légères peuvent être observées. Pour des fins académiques, nous tentons une analyse. Philippe correspond toujours au profil typique des gens qui sont affligés d'une dépression majeure. Plus spécifiquement, nous constatons que le niveau d'anxiété est demeuré stable, l'intensité de la dépression s'est aggravée alors que son niveau de désespoir s'est amélioré. C'est donc dire que Philippe est toujours aussi anxieux, qu'il est légèrement plus dépressif mais qu'il est moins désespéré qu'avant; ce qui peut sembler surprenant, mais on peut tenter une relation avec les effets bénéfiques qu'il retire de la physiothérapie. Il n'en demeure pas moins que cette légère amélioration du niveau d'espoir est peut-être seulement imputable aux variances inhérentes d'une seconde passation. Quoiqu'il en soit, il semble

présenter un peu plus d'espoir face à son avenir. Il aurait été intéressant de discuter avec lui plus longuement à propos de ces résultats.

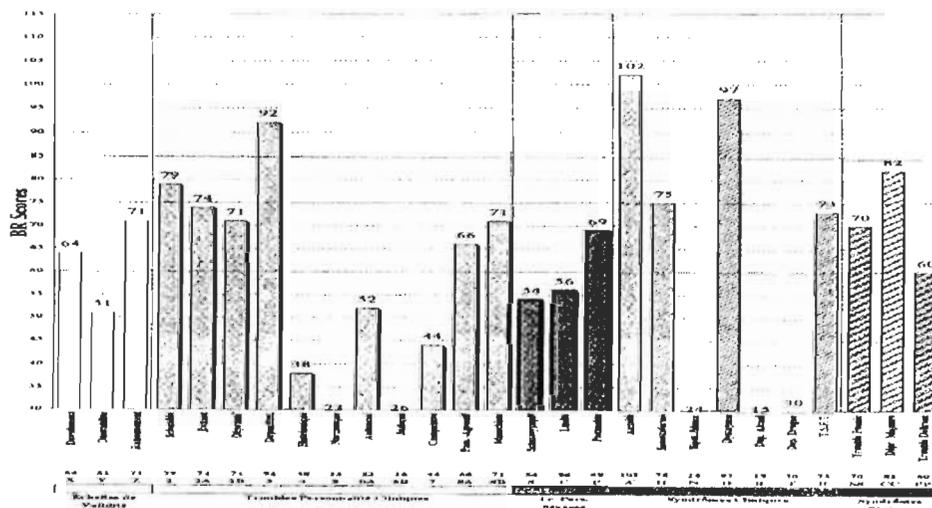
Autre élément important, il faut analyser ces résultats en considérant les maux physiques de Philippe. La douleur chronique peut influencer de manière significative les résultats. En effet, la douleur peut entraîner plusieurs complications : limitations physiques importantes, anxiété, épuisement, fatigue, interférences dans les activités quotidiennes, démoralisation, stress, conflits familiaux, soucis financiers, etc. Par exemple, Philippe est en arrêt de travail et il est particulièrement difficile pour lui d'envisager le retour au travail compte tenu des limitations physiques; ce qui entraîne également chez Philippe des soucis financiers, du stress, des sentiments dépressifs et du découragement. C'est donc dire que les résultats obtenus aux inventaires peuvent être parasités négativement par les maux physiques de Philippe. Par exemple, l'inventaire d'anxiété de Beck comporte des items qui mesurent des symptômes somatiques (Beck Anxiety Inventory manual, A.T.Beck, R.A. Steer, 1990). La douleur chronique peut donc influencer l'autoévaluation par rapport à ces items.

Au terme de cette synthèse, d'après les questionnaires, le traitement cognitif-comportemental n'a pas entraîné d'amélioration significative du tableau clinique. Philippe présente toujours la même symptomatologie dépressive.

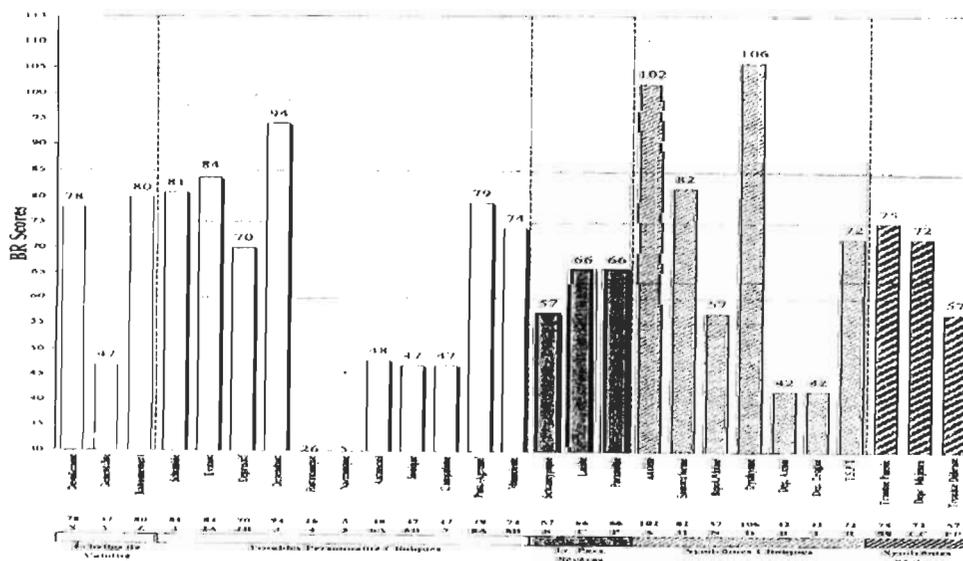
LE MCMII-III

La figure 2 expose les résultats sommaires en pré et post-traitement.

Figure 2 : Comparaison des résultats au MCMII-III, 3<sup>e</sup> édition, en pré et post-traitement



Prétraitement (5 septembre 2004)



Post-traitement (14 décembre 2004)

D'une manière générale, les résultats indiquent peu de différences dans le profil clinique, que ce soit aux échelles de personnalité, aux échelles de syndromes cliniques ou encore aux échelles de syndromes sévères. Notons toutefois une augmentation significative (71 à 80 points) à l'échelle de validité « rabaissement » lors de la deuxième passation; ce qui peut témoigner d'un sentiment de déprime, de vide, d'une faible estime de soi ou encore d'une recherche d'attention.

En ce qui concerne les échelles des troubles de personnalité clinique significatives (>75 points), les échelles « Schizoïdie » et « Dépendant » sont toujours celles qui caractérisent le mieux Philippe. Ces échelles indiquent un style de personnalité caractérisé par une faible estime de soi, de l'apathie, de la soumission, de l'introversion, un style de vie plutôt solitaire, avec un faible besoin de relations sociales, manquant de chaleur et d'expression émotionnelle, un manque d'expression extériorisée d'agressivité tout en recherchant à maintenir une relation de dépendance lorsqu'un stress important subvient. Deux nouvelles échelles sont devenues significatives lors de la deuxième passation. Il s'agit en premier lieu de l'échelle « Évitant » qui indique un style de personnalité caractérisé par une peur du rejet, un sentiment d'inadéquation et de l'anxiété sociale. Ensuite, il s'agit de l'échelle « Passif-agressif » qui indique un style de personnalité caractérisé par de la soumission-opposition, du pessimisme, de l'irritabilité, un sentiment d'être incompris, de l'instabilité dans leurs relations et du mécontentement.

En ce qui concerne les échelles de syndromes cliniques, il n'y a pas de changements significatifs. Les échelles « Anxiété », « Somatoforme » et « Dysthymie » sont toujours celles qui caractérisent le mieux Philippe. Notons toutefois une augmentation (97 à 106 points) de l'échelle « Dysthymie » qui était déjà significative lors de la première passation.

Finalement, aux échelles de syndromes sévères, nous observons une diminution des résultats à l'échelle « Dépression majeure » la rendant non significative. Notons que l'échelle « Trouble de la pensée » se situe au seuil limite de la signification. Cependant, Philippe ne présente aucun symptôme de trouble de la pensée à l'examen clinique. Ces résultats peuvent s'inscrire davantage dans une continuité de l'échelle schizoïdie.

### Synthèse MCMI-III

D'une manière générale, nous observons peu de changements dans le profil clinique. Cependant, Philippe se définit avec de nouvelles dimensions lors de la deuxième passation. Il ajoute dans la section Traits de personnalité des éléments « évitant » et « passif-agressif ». De plus, nous observons une diminution du score à l'échelle « Dépression majeure » dans la section Syndromes sévères. Bien que cette échelle ne soit pas en corrélation directe avec un diagnostic de dépression majeure, les items qui la composent sont souvent observés chez les personnes présentant une dépression selon l'auteur. Cette diminution peut sembler paradoxale en comparaison avec les résultats à l'inventaire de dépression de Beck dont l'intensité se situe au niveau sévère. Toutefois, il est difficile, voire impossible de comparer un score à une échelle d'un test (MCMI-III) et un score global à un inventaire de dépression (Beck) considérant qu'ils n'ont pas le même construit psychométrique (test psychométrique versus inventaires). Nous pouvons plutôt tenter de mettre en relation la diminution de l'échelle « Dépression majeure » et l'aggravation à l'échelle « dysthymie » du MCMI-III. Ces éléments nous confirment peut-être la sévérité et l'aspect chronique de la dépression.

Au terme de cette synthèse, nous constatons qu'il n'y a pas de changements majeurs au niveau de la configuration des éléments de personnalité sinon deux traits nouveaux qui se sont ajoutés. Mentionnons également que la douleur physique a pu influencer négativement les résultats à diverses échelles de ce test.

### Synthèse des résultats aux inventaires de Beck et au MCMI-III

Les tests semblent concorder ensemble. Ils tendent à démontrer une dynamique dépressive et la présence de souffrances psychologiques importantes. Les traits de personnalité peuvent accentuer ou maintenir la symptomatologie, tout comme la dépression majeure peut exacerber certains traits de personnalité. S'il y a certaines modifications mineures (légère amélioration ou dégradation aux inventaires de Beck ou changement dans le profil clinique au test du MCMI-III), nous pouvons tenter de l'attribuer entre autres aux variabilités inhérentes à une seconde passation. De plus, les modifications étant mineures, tenter des explications étoffées seraient inutiles à notre point de vue.

## *Chapitre 7*

*Analyse du processus thérapeutique du point de vue du thérapeute,  
du client et de l'approche thérapeutique*

## ANALYSE DU PROCESSUS THÉRAPEUTIQUE

Au terme des chapitres précédents, nous pouvons constater aucun changement significatif dans l'intensité de la dépression et également dans le portrait clinique. Les quelques changements survenus sont difficiles, voire impossibles à interpréter. C'est dans le processus lui-même et dans la nature des interactions que nous pouvons trouver des éléments de réponses afin de comprendre l'absence d'impacts de la thérapie cognitive comportementale dans le traitement de ce client. Pour ce faire, observons le processus selon différents points de vue.

### Le point de vue du thérapeute

Premièrement, résumons les éléments principaux qui caractérisent le thérapeute : une rigidité quant à l'application du cadre et du plan de traitement thérapeutique cognitif comportementale, une obstination quant aux devoirs et une difficulté à confronter Philippe de manière constructive.

Ces éléments peuvent s'expliquer principalement, selon nous, par le manque d'expérience du thérapeute. Cette composante pousse le thérapeute à se rattacher de manière rigoureuse au cadre thérapeutique fixé et à un plan prédéterminé. Par exemple,

nous pouvons constater au fil des rencontres que le thérapeute s'est imposé de poursuivre les devoirs même si Philippe ne les complète pas ou que partiellement. Ensuite, devant le manque d'assiduité au devoir du client, le thérapeute décide tout de même de poursuivre le plan et d'aborder la réactivation comportementale. Le thérapeute subit un autre échec, car Philippe ne se met pas vraiment en action. Le thérapeute décide donc d'aborder le problème sous forme de travail des pensées qui peuvent nuire au processus. Bien que Philippe s'y adonne à l'intérieur des rencontres, il ne s'implique pas davantage dans les devoirs entre les rencontres. Dès lors, nous pouvons sentir chez le thérapeute une certaine obstination au cadre et une certaine pression à la conformité de l'approche devant les résistances de Philippe; ce qui semble concordant avec une étude parue dans la Revue québécoise de psychologie portant sur les thérapeutes efficaces qui mentionne que lorsque l'on se sent dépassé, démuni, voire impuissant, les thérapeutes novices cherchent une direction ou une certitude (Leconte, Drouin, Savard et Guillon, 2004). Il ne faut pas négliger également que le thérapeute sent une certaine pression de performance provenant du fait qu'il est en formation (internat) qu'il exerce au sein d'un secteur qui exige ce type de traitement et que la durée octroyée est de 15 à 20 rencontres pour obtenir du succès. Les résistances de Philippe et le manque d'expérience du thérapeute le conduisent à manquer de souplesse et à perdre de vue des dimensions sous-jacentes importantes telles que l'alliance thérapeutique, l'impact de la douleur chronique, le conflit avec la CSST, etc.; ce qui contribue certainement à la stagnation du processus. D'ailleurs, une étude de Beutler et al (2005) stipule qu'un thérapeute qui

utilise des interventions directives devrait changer de mode afin de s'ajuster aux résistances de son client s'il veut obtenir de bons résultats.

Donc, comme nous pouvons le voir, le manque d'expérience face aux résistances de Philippe que nous explorerons bientôt entraîne des interventions rigides qui auraient pu être modifiées, adaptées, voire changées en fonction de Philippe. Par exemple, le thérapeute aurait pu prendre le temps de relever les résistances et consacrer un temps nécessaire afin de les dénouer. Il aurait pu consacrer plus de temps afin d'établir la relation de confiance face un client qui se sent exploité et désabusé tout au cours de son histoire de vie. Il aurait pu également cesser de vouloir avancer dans le processus et questionner directement Philippe sur sa motivation à effectuer ce processus de thérapie. Nous considérons qu'un thérapeute expérimenté est plus à même de déceler et d'effectuer ce type d'adaptation et d'interventions. Poursuivons l'analyse en considérant cette fois le point de vue du client.

#### Le point de vue du client

Considérant le point de vue de Philippe, résumons également les éléments principaux qui caractérisent Philippe tout au cours de la thérapie : un manque d'implication quant aux devoirs suggérés, une considération que ce sont les maux physiques qui sont à la source de ses problèmes, de ses absences, des douleurs physiques importantes et d'un conflit majeur avec la CSST. Parmi ces cinq éléments, deux se distinguent et regroupent

les autres, soit les maux physiques et le conflit avec la CSST. Ces éléments engendrent des résistances et qui impactent le processus.

Tout d'abord, abordons la dimension de la douleur physique. Cet aspect fait interférence avec la motivation et l'implication de Philippe dans le processus à divers niveaux. Philippe y fait souvent référence tout au long des rencontres comme une cause de l'ensemble de ses difficultés. Par exemple, il évoquera souvent le manque d'énergie résultant de ses maux physiques afin de justifier qu'il n'a pas complété ses devoirs ou encore pour justifier une absence. De plus, ses douleurs physiques sont à la source de beaucoup de préoccupations importantes. Par exemple, la douleur intense entraîne chez Philippe des limitations significatives telles qu'une incapacité à pratiquer des activités quotidiennes aussi simple que de faire certaines tâches ménagères ou encore de jouer avec son fils. Philippe est donc fréquemment confronté à des deuils importants qui affectent son moral et son humeur. Mais l'impact majeur se situe certainement au niveau de sa capacité à travailler. En effet, Philippe n'est plus en mesure de travailler. Par conséquent, il n'a pas de source de revenus et de valorisation (extrait de la rencontre 8 : « oui mais c'est important de travailler. Comment je vais faire pour gagner ma vie. Avec ce que j'ai là, je vais arriver à quoi au bout de la ligne?... me valoriser autrement... »). C'est la plus grande source de frustration pour Philippe qui se considère comme un invalide (extrait de la rencontre 8 : « ... je suis invalide... ») et qui s'inquiète de pouvoir subvenir aux besoins de sa famille. Cette problématique de douleur physique est au cœur de ses préoccupations à un tel point qu'il est en démarche juridique afin de faire

reconnaître la dépression comme une conséquence de ses maux physiques, espérant retirer des prestations. Cet aspect majeur devient une résistance évidente lorsque Philippe mentionne ouvertement que son problème n'est pas la dépression, mais ses maux physiques (extrait de la rencontre 13 : « ...c'est le physique. »). Il est conséquent avec cette affirmation lorsqu'on observe l'assiduité qu'il fournit en ce qui concerne ses rendez-vous en physiothérapie. Il mentionne également qu'il aime se rendre à ces séances de physiothérapie, car cela l'aide beaucoup et lui change les idées.

Comme nous le constatons, les maux physiques influencent directement les capacités, le niveau d'énergie et la motivation de Philippe face à nos séances. Cette composante, que nous pouvons nommer résistance, nuit à la mise en action qui est proposée dès le départ (devoirs et réactivation comportementale) par le thérapeute et le plan de traitement. Elle nuit également tout au long du processus tel que démontré (absentéisme, manque d'énergie et diminution de la motivation).

Le deuxième aspect qui interfère au cours du processus thérapeutique est son conflit avec la CSST. Ce sera un sujet de discussion omniprésent tout au cours du processus thérapeutique. L'objet principal de ce conflit consiste à faire reconnaître la dépression comme une conséquence de ses maux physiques et ainsi obtenir des prestations en conséquence. D'emblée, des questions nous parviennent tout de suite en tête : quel avantage Philippe a-t-il à résoudre sa dépression? Quel est sa réelle motivation à venir en thérapie? En effet, nous pouvons questionner sa réelle motivation à surmonter sa

dépression alors qu'il effectue des démarches juridiques afin de faire reconnaître celle-ci comme une conséquence de sa douleur chronique. La situation est évidente : d'un côté, je lui propose de prendre des moyens pour surmonter sa dépression et d'un autre côté, il fait des démarches pour faire reconnaître celle-ci. Ce sont deux éléments qui sont en contradiction. C'est ici une résistance majeure qui est abordée une seule fois en fin de processus (dernière rencontre) et Philippe n'a pas voulu élaborer à ce propos. De plus, ce conflit avec la CSST accapare Philippe. Par exemple, Philippe manque un rendez-vous car son avocat risque de le rejoindre en tout temps. Un autre exemple est que Philippe effectue beaucoup de contacts téléphoniques, de recherches et diverses actions afin de faire progresser plus rapidement son dossier; ce qui soulève une interrogation lorsqu'il évoque le manque d'énergie pour justifier son assiduité aux rencontres ou encore des devoirs non complétés. En effet, il semble que Philippe utilise et concentre son énergie dans son conflit avec la CSST plutôt qu'en thérapie; ce qui nous fait douter de sa motivation et de son intérêt pour cette démarche thérapeutique. C'est à notre avis une résistance qui a un impact majeur sur l'absence de changement et la stagnation du processus.

Donc, comme nous le constatons, les maux physiques et le conflit avec la CSST ont un impact sur la motivation, la mise en action, l'implication et l'assiduité de Philippe dans le processus thérapeutique et ce, dès le départ. Maintenant, considérons le cadre thérapeutique dans lequel évolue le manque d'expérience et les résistances du client.

## L'APPROCHE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE

Tout d'abord, après avoir appliqué celle-ci, nous considérons que cette approche est directive, structurée, nécessitant l'implication du client et une motivation au changement. Lorsque nous observons à posteriori l'approche et les résistances du client, nous pouvons nous demander si le choix de l'approche thérapeutique et ses modalités était un pairage adéquat. En effet, lorsque l'on reprend les rencontres une à une, on constate rapidement que Philippe est peu motivé et peu actif en ce qui concerne la thérapie. Il ne fait pas ses devoirs ou lorsqu'il les fait, il les complète partiellement. De plus, au fur et à mesure que les rencontres progressent, il s'absente à quelques reprises et parfois même sans avertir et reprendre un autre rendez-vous. Il est même difficile de le rejoindre pour fixer une autre rencontre. À quelques reprises, le thérapeute tente d'expliquer les devoirs et de les simplifier sans pour autant obtenir de succès. Philippe évoque diverses raisons afin de justifier qu'il ne s'implique pas. Pour tenter de comprendre ce phénomène et tenter de vérifier si le pairage cadre thérapeutique et client est adéquat, la théorie révisée du changement (Prochaska, DiClemente et Norcross, 1992; Velicer, Prochaska, Fava, Norman, & Rdding, 1998) s'avère intéressante.

Selon cet auteur et sa théorie du changement, il existe cinq étapes au changement. La *Précontemplation* est l'étape où les gens n'essaient pas de changer et n'envisagent pas de changement dans les six mois à venir. Ensuite, il y a l'étape de la *Contemplation* où les gens envisagent le changement dans les six mois à venir. L'étape de la *Préparation*

se caractérise par le fait que les gens envisagent des actions dans un futur immédiat, soit à l'intérieur d'un mois environ. L'étape de l'*Action*, quant à elle, est l'étape où les gens ont fait des changements significatifs dans leur mode de vie depuis six mois. Finalement, l'étape du *Maintien* est la dernière étape où les gens travaillent à prévenir les rechutes. (Velicer et al., 1998)

À la lumière de cette théorie et des comportements de Philippe (ex. : il ne fait pas ses devoirs, absentéisme répété et ne reprend pas de rendez-vous lorsqu'il manque une séance pour ne nommer que ceux-ci), nous pouvons situer ce dernier au niveau de la *Précontemplation*. De manière plus élaborée, ce stade englobe les gens qui ont souvent tenté à plusieurs reprises de changer sans succès et qui sont découragés en regard de leur aptitude à changer. Ils évitent de s'informer à propos des conséquences de leurs comportements. Ce sont des gens qui sont souvent caractérisés par les autres théories comme étant des clients résistants ou non motivés (Velicer et al., 1998)

Considérant ceci et la théorie de Prochaska, il y a une discordance entre les comportements de Philippe et ce que l'approche attend et exige de lui (implication, motivation, action, etc.). Nous pouvons donc dire avec une certaine prudence que le pairage entre profil du client et l'approche thérapeutique telle qu'appliquée dans le présent cas n'est pas idéal. Donc, on se retrouve avec un cadre théorique qui exige de la motivation et de l'implication active et d'un autre côté, un client qui n'est pas au stade

de l'action. Cette dimension du changement n'a pas été relevée par le thérapeute qui, conséquemment, n'en a pas tenu compte.

Nous considérons que la discordance entre l'approche cognitive comportementale telle qu'appliquée dans le présent cas et les dispositions du client doivent être mises en relation avec le manque d'expérience du thérapeute. En effet, nous ne remettons pas en question l'efficacité ou les composantes de cette approche. Nous considérons davantage que l'approche thérapeutique aurait pu être appliquée différemment et par conséquent, avoir un impact différent si le thérapeute avait su adapter l'approche et mieux évaluer les dispositions du client. Il ne s'agit pas de tout imputer au thérapeute ou au cadre mais bien de faire ressortir l'importance de bien évaluer les dispositions du client en fonction du cadre, de faire preuve de souplesse quant au cadre retenu et surtout, de se rappeler que nous pouvons suspendre et référer lorsque nous constatons que le pairage approche client n'est pas efficace.

*Conclusion*

Au terme de cet essai sur l'analyse d'une thérapie cognitive comportementale dans le traitement de la dépression, il est intéressant de considérer la thérapie d'un point de vue global considérant les éléments soulevés : un thérapeute novice en formation rencontre un client résistant peu motivé et qui n'est pas au stade de l'action, dans un cadre thérapeutique structuré et directif. Ces éléments s'agencent et ne permettent pas le changement. Cette démarche démontre l'importance de faire une évaluation minutieuse dès le départ non seulement des éléments de la problématique, mais également des prédispositions aux changements. Nous apprenons également l'importance de faire preuve de souplesse et d'adaptation tout en étant capable de reconnaître les limites de notre approche thérapeutique. Nous comprenons que devant les résistances du client, il importe de s'y attarder, de les nommer et de les confronter avant de poursuivre un plan de traitement prédéterminé. Si les données probantes renseignent sur l'efficacité d'un traitement, ce présent essai souligne la prudence lorsqu'il s'agit d'appliquer des méthodes en séries sans pour autant considérer l'individualité de nos clients.

Nous devons demeurer humble face à l'efficacité de nos approches et toujours se remettre en question et identifier clairement les composantes qui s'agencent et jettent les bases de nos « rencontres » thérapeutiques.

## *Références*

American Psychiatric Association. Mini DSM-IV. Critères diagnostiques (Washington DC, 1994). Traduction française par J.-D. Guelfi *et al*, Masson, Paris, 1996, 384 pages, (161-163).

Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1997). *Beck depression inventory, second edition*, Canada: the psychological corporation.

Beck, A.T., & Steer, R.A. (1988). *Beck anxiety inventory manual*, Canada: the psychological corporation.

Beck, A.T., & Steer, R.A. (1988). *Beck Hopelessness scale*, Canada: psychological corporation.

Cottraux, Bouvard et Legeron, (1985). *Méthodes et échelles d'évaluation des comportements*. Paris : Éditions d'applications psychométriques.

Freeston, M.H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., Gagnon, F. et Rhéaume, J. (1992). *L'inventaire d'anxiété de Beck : propriétés psychométriques d'une traduction française*, L'Encéphales, XX, 47-55.

Greenberger, D., Padesky, C.A. (1995). *Mind over mood : change the way you feel by changing the way you think*, New York, The Guilford Press.

Guay, G., & Provencher, M.D. (2007). Les données probantes sur l'efficacité des traitements psychothérapeutiques : peut-on s'y fier? *Psychologie Québec, janvier 2007*, pages 22-24.

Lecomte, Y. (2003). Développer de meilleures pratiques, *Revue de santé mentale au Québec, Volume XXVIII, numéro 1*, p.9-36.

Leconte, C., Drouin, M.C., Savard, R., & Guillon, V. (2004). Qui sont les thérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie, *Revue québécoise de psychologie, 25(3)*, 73-102.

Millon, T., Millon, C., Davis, R., & Grossman, S. (1994). *Millon Clinical Multiaxial Inventory, 3<sup>e</sup> edition*, Canada: psychological corporation.

NCS Pearson Inc. et Pearson Canada Assessment, Inc. (2005). *Traduction française et adaptation canadienne du Beck anxiety inventory second edition (1997)*. Canada: psychological corporation.

Norcross, J.C. (2002). Empirically supported therapy relationships. In J.C. Norcross (ed.) *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.

Pearsons, J.B., Davidson, J., & Thompkins, M.A. (2001). *Essential Components of cognitive-behavior therapy for depression*, Washington DC: American psychological association.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. et Norcross, J.C. (1992). *In search of how people change : Applications to addictive behaviors*. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.

Velicer, W.F. Prochaska, J.O., Fava, J.L., Norman, G.J., & Redding, C.A. (1998). *Smoking cessation and stress management: Application of the Transtheoretical model of behavior change*. *Homeostasis*, 38, 216-233.

Wampold, B.E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings*, Lawrence Erlbaum Associates, New Jersey, 2001: ISBN 0805832025  
Review published in *Ipnosis* No 8, Winter 2002.

Whisman, M.A., Miller, I.W., Norman, W.H., Weitner, G.I. (1995). *Hopelessness depression in depressed inpatients: symptomatology, patients characteristics and outcome*. *Cognitive therapy and research*, 19, 377-398.

**Références électroniques**

Institut universitaire en santé mentale de Québec. (2010). Institut universitaire en santé mentale de Québec, page consultée le 14 mai 2010 de <http://www.institutsmq.qc.ca/soins-et-services/soins-psychiatriques/index.html>

Ordre des psychologues du Québec. (2010). Ordre des psychologues du Québec, page consultée le 29 mars 2010 de [http://www.ordrepsy.qc.ca/pdf/2Publ\\_Depl\\_Psychotherapie.pdf](http://www.ordrepsy.qc.ca/pdf/2Publ_Depl_Psychotherapie.pdf)

Société Canadienne de psychologie. (2009). Qu'est-ce que la dépression?, page consultée le 13 mai 2010 de <http://www.cpa.ca/publicationsfr/votresantelapsychologiepeutvousaider/quest-cequeladepression/>