

# La thérapie cognitivo-comportementale

## Première partie : Trois outils pratiques à utiliser au bureau



Existe-t-il des moyens simples et efficaces pour aider un patient souffrant d'un trouble anxieux, d'une dépression, d'une dysthymie, d'un trouble d'adaptation ou d'un isolement social chronique dans le peu de temps souvent alloué pour une consultation en bureau? Sans prétendre répondre parfaitement à cette question, ni aux besoins plus spécifiques de certains de ces patients, la première partie de cet article vous propose trois outils de thérapie cognitivo-comportementale simples, efficaces et très utiles en bureau : la psychoéducation, le registre des activités quotidiennes et la résolution de problème.

Par **Geneviève Bouthillier, M.D., Pierre Savard, M.D., Ph.D., FRCPC,**  
**Pascale Brillon, Ph.D., et Michel J. Dugas, Ph.D.**



Le **Dre Bouthillier** est résidente V en psychiatrie, Université de Montréal. Elle s'intéresse particulièrement à la psychothérapie et aux différents aspects de l'enseignement en psychiatrie.



Le **Dre Brillon** est psychologue-chercheuse, Clinique des troubles anxieux, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, et co-directrice, Laboratoire du Trauma, Université du Québec à Montréal. Ses travaux de recherche portent sur l'évaluation et le traitement du stress post-traumatique.



Le **Dr Savard** est chargé d'enseignement, Université de Montréal, psychiatre et directeur, Clinique des troubles anxieux, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Il s'intéresse à la recherche clinique sur les traitements pharmacologiques, cognitivo-comportementaux et combinés des troubles anxieux.



Le **Dr Dugas** est professeur, département de psychologie, Université Concordia, et psychologue-chercheur, Clinique des troubles anxieux, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Il s'intéresse particulièrement au traitement de l'anxiété généralisée.

# La thérapie cognitivo-comportementale

## *En bref :*

### La thérapie cognitivo-comportementale

#### Première partie : trois outils pratiques de thérapie à utiliser au bureau

La psychoéducation, le registre des activités quotidiennes et la résolution de problèmes sont trois outils pratiques et efficaces pouvant être utilisés facilement par l'omnipraticien afin de faciliter le suivi de patients présentant certaines problématiques et de les aider concrètement.

#### La psychoéducation

La psychoéducation vise d'abord à informer le patient de sa problématique, ce qui a souvent comme effet de le rassurer. Elle vise également à présenter les avantages et les inconvénients des différentes options thérapeutiques et à faire participer activement le patient dans le choix de son traitement. Cette approche favorise la motivation, l'alliance thérapeutique et l'observance au traitement.

#### Le registre des activités quotidiennes

Le registre des activités quotidiennes permet de mobiliser le patient et de le sortir du cercle vicieux de la démotivation (manque d'intérêts → inactivité → mauvaise image de soi → détérioration de l'humeur → encore moins d'intérêts et de motivation, etc.). Il peut également être utilisé pour diminuer certains comportements problématiques, comme la consommation de substances et l'isolement.

#### La résolution de problèmes

La résolution de problèmes est un des outils les plus utiles en clinique externe. Elle permet au patient d'aborder ses problèmes en ayant une attitude plus systématique. Cet outil permet au patient d'être le principal acteur dans la recherche de solutions à ses difficultés.



Les troubles psychiatriques sont très prévalents dans la population. Environ un tiers des adultes manifesteraient des symptômes qui répondent aux critères d'un trouble psychiatrique dans leur vie. Ces patients représentent donc un fort pourcentage de la clientèle des omnipraticiens. Les troubles anxieux, les troubles d'adaptation et les troubles de l'humeur (surtout la dépression et la dysthymie) comptent parmi les troubles les

plus fréquemment rencontrés. En psychiatrie, l'approche psychothérapeutique de ces troubles a beaucoup changé depuis les dernières années avec la mise sur pied de nouvelles approches pragmatiques comme la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Plusieurs études ont démontré l'efficacité de la TCC dans le traitement des troubles anxieux et de la dépression. Dans certains cas, l'efficacité de la TCC serait

même supérieure à celle de la médication.<sup>1</sup> De plus, les patients qui bénéficient de la TCC courent un moins grand risque de rechute que les patients qui ont seulement reçu des médicaments.<sup>2</sup>

Pour un omnipraticien, une fois le diagnostic posé et la pertinence de la pharmacothérapie évaluée, le suivi des patients se limite souvent à une réévaluation des symptômes, un suivi pharmacologique et une thérapie de soutien, ce qui peut s'avérer frustrant, autant pour le patient que pour le médecin. Ce dernier se sent souvent sans ressources concrètes pour aider ses patients qui ont des pensées négatives ou anxiogènes récurrentes, qui ont de la difficulté à résoudre des problèmes qu'ils vivent quotidiennement et à prendre des décisions, qui manifestent un manque de motivation ou qui évitent plusieurs situations, ce qui accroît leur isolement social et diminue leur fonctionnement.

La première partie de cet article vous propose trois outils de thérapie cognitivo-comportementale simples, efficaces et très utiles en bureau : la psychoéducation, le registre des activités quotidiennes et la résolution de problème. Il ne s'agit pas ici de réduire l'apprentissage de la thérapie cognitivo-comportementale à l'apprentissage de ces trois outils, mais plutôt de vous suggérer des moyens concrets vous permettant d'assurer le suivi systématique de patients présentant certaines problématiques.

Par ailleurs, bien que la TCC soit une approche psychothérapeutique qui a été reconnue comme étant efficace dans le traitement des troubles anxieux et de la dépression, peu de professionnels sont actuellement formés pour mettre en pratique ce type de psychothérapie.

Tableau 1

## La psychoéducation et la bibliothérapie

- Informer le patient de son diagnostic et de la prévalence associée à sa maladie
- Revoir avec lui les critères et les symptômes des troubles psychiatriques du DMS-IV (quatrième édition du *Manuel diagnostique et statistique des maladies mentales*)
- Donner de l'information sur l'évolution habituelle de la maladie
- Informer le patient des traitements offerts (avantages et inconvénients)
- Suggérer des lectures (voir les lectures suggérées à la fin de l'article)

L'omnipraticien doit savoir en quoi consiste cette thérapie pour évaluer ce que son patient reçoit ou recevra comme traitement. L'exposition graduée et la restructuration cognitive seront présentées dans la deuxième partie de l'article.

## Trois outils pratiques de thérapie à utiliser au bureau

Madame B., une dame âgée de 37 ans qui travaille comme commis comptable vous consulte parce que : « Ça ne va plus du tout, docteur... ». Il y a eu des changements de personnel au bureau et plusieurs postes ont été modifiés. Depuis, elle est plus tendue, a du mal à dormir, se sent un peu triste, a tendance à se dévaloriser et a moins d'intérêts. Vous diagnostiquez un trouble d'adaptation avec humeur anxio-dépressive. Comme elle ne semble pas avoir

# La thérapie cognitivo-comportementale

Tableau 2

## Exemple d'un modèle explicatif de la dépression majeure unipolaire

### Facteurs prédisposants possibles

- Biologiques/familiaux (génétique, médication, maladie sous-jacente, consommation de substances, etc.)
- Psychologiques (tempérament, antécédents développementaux, etc.)

### Facteurs précipitants

- Biologiques (médication, consommation de substances, maladie sous-jacente, accident antérieur, etc.)
- Psychologiques et sociaux (événements, stresseurs, rupture, perte d'emploi, etc.)

### Déséquilibre des neurotransmetteurs

- Sérotonine (variation de l'humeur, ↓ appétit, ↓ désir sexuel, ↓ sommeil, ↓ mémoire)
- Noradrénaline (variation de l'humeur, ↓ énergie, ↓ concentration, ↓ intérêts)
- Dopamine (plaisir)

### Dépression = maladie (critères du DSM-IV [quatrième édition du *Manuel diagnostique et statistique des maladies mentales*])

- Prévalence à vie : chez les femmes = 10 % à 25 % et chez les hommes = 5 % à 12 %  
Le patient doit présenter au moins 5 symptômes pendant 2 semaines avec au moins le symptôme 1 ou 2
  1. Humeur dépressive presque toute la journée
  2. Diminution de l'intérêt ou du plaisir
  3. Perte de poids (au moins 5 %) ou diminution ou augmentation de l'appétit
  4. Insomnie ou hypersomnie
  5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours
  6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours
  7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée
  8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer et/ou indécision presque tous les jours
  9. Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires

### Traitement (présenter les avantages et les inconvénients de chaque option)

#### Biologique

- Antidépresseur (effet sur le déséquilibre des neurotransmetteurs)
- Plusieurs choix de première ligne, tentatives pour trouver celui qui convient le mieux
- Début d'action lent (2 à 3 semaines), on doit essayer pendant au moins 6 semaines
- Pas d'accoutumance

#### Psychologique

- Psychoéducation
- Défaire le cercle vicieux amotivation → inactivité → amotivation, etc.
- Psychothérapie
- Moins de rechutes après le traitement

# La thérapie cognitivo-comportementale

besoin d'une médication pour l'instant, vous vous interrogez : « Est-il possible d'aider concrètement cette patiente, de la soutenir et d'apaiser ses symptômes? Comment faciliter mon intervention? »

## La psychoéducation et la bibliothérapie

La psychoéducation est la première étape de tout traitement en TCC, peu importe la maladie mentale en cause. Elle consiste essentiellement à informer le patient du trouble dont il souffre, des différentes causes de celui-ci et des divers traitements possibles. On peut également compléter l'intervention en suggérant au patient des lectures appropriées à sa problématique (tableau 1).

En TCC, il est essentiel d'amener le patient à comprendre clairement sa difficulté. La psychoéducation favorise le processus d'appropriation du problème; mobilise le patient et augmente sa motivation à participer à son traitement. De plus,

la psychoéducation a souvent des effets thérapeutiques. Connaître son diagnostic, les symptômes associés à sa maladie ainsi que la prévalence et l'évolution de celle-ci est souvent rassurant pour un patient qui vit dans le doute depuis plusieurs mois. En plus, cette approche contribue à la diminution de certains symptômes.

Ainsi, à la fin de l'entrevue d'évaluation, le médecin explique au patient sa façon de comprendre la problématique, c'est-à-dire quels sont les principaux problèmes ainsi que les principaux facteurs biologiques et psychologiques contribuant à leur cause. Notre approche est différente en ce sens que nous proposons une systématisation de la présentation de la problématique aux patients. On explique les symptômes de la maladie en utilisant les critères du DSM-IV (quatrième édition du *Manuel diagnostique et statistique des maladies mentales*).

Une fois la problématique bien comprise, le médecin explique les avantages et les inconvénients des différentes possibilités au patient.

Flonase, le traitement  
antiallergique par  
voie nasale le plus pre-  
scrit  
par les omnipraticiens,  
les pédiatres

TFlonase est indiqué pour traiter la rhinite allergique saisonnière et la rhinite perannuelle chez les enfants de quatre ans et plus qui répondent mal aux traitements classiques. Jusqu'à ce que plus de données cliniques soient disponibles, il n'est pas recommandé d'instaurer un traitement continu de longue durée chez les enfants de moins de



Flonase.  
Un profil  
d'innocuité  
en pleine  
croissance.

**Flonase**  
Le traitement nasal efficace et sûr pour la rhinite

esk  
GlaxoSmithKline  
Branche d'Allergies de Glaxo

Les effets à long terme du propionate de fluticasone demeurent inconnus. Il est recommandé, au cours d'un traitement à long terme, d'évaluer la fonction hypothalamo-hypophyso-surrénale et les paramètres hématologiques<sup>2</sup>.

# La thérapie cognitivo-comportementale

Tableau 3

## Le registre des activités quotidiennes

1. Expliquer au patient le cercle vicieux de la démotivation (manque d'intérêts → inactivité → mauvaise image de soi → détérioration de l'humeur → encore moins d'intérêts et de motivation, etc.).

Expliquer l'objectif visé par l'utilisation de la grille s'il s'agit d'une autre problématique que la dépression.

2. Demander au patient de noter ses activités à l'aide de la grille pendant une semaine.
  - Inclure les heures de lever et de coucher.
  - Si un comportement est ciblé (par exemple, la consommation de substances), demander de l'inclure spécifiquement dans la grille.
3. Revenir sur la grille des activités quotidiennes avec le patient.
  - Évaluer les activités fonctionnelles et dysfonctionnelles.<sup>1</sup>
  - Favoriser la prise de conscience de la problématique.
4. Utiliser la grille des activités quotidiennes pour augmenter les activités fonctionnelles et/ou pour diminuer les activités dysfonctionnelles graduellement.

1. Activités fonctionnelles : appropriées dans le contexte, procurant un bien-être au patient; activités dysfonctionnelles : trop fréquentes, trop intenses, inappropriées ou entraînant une détresse chez le patient.

L'utilisation d'un support visuel peut faciliter grandement la mémorisation et la compréhension du patient. On peut écrire les principaux renseignements devant le patient et lui remettre la feuille à la fin de la rencontre ou encore utiliser du matériel préparé à l'avance que l'on personnalise selon ses antécédents médicaux (tableau 2). L'intervenant s'assure ensuite que le patient a bien compris, en lui demandant de résumer ou d'expliquer les renseignements donnés dans ses propres mots.

Lorsque vous commencerez à utiliser une approche plus systématique, il est possible que cela vous demande un peu plus de temps. Cependant, cette méthode favorise une meilleure compréhension et une meilleure mémorisation de l'information et elle contribue à consolider l'alliance thérapeutique et l'observance au traitement. En bout de ligne, cette approche représente donc une économie de temps.

La bibliothérapie est une façon de favoriser une meilleure compréhension des causes, de la nature du trouble et du traitement de certaines maladies. Les lectures complémentaires (notes, publications de certaines associations en santé mentale et livres) contribuent à la psychoéducation et aident le patient à se souvenir de ce que le médecin lui a expliqué lors d'une séance. Évidemment, il faut d'abord vérifier la capacité du patient à lire et à comprendre les lectures suggérées. S'il n'aime pas la lecture ou s'il lit rarement, on peut lui suggérer des lectures simples et seulement quelques pages à la fois. Il est important de demander au patient s'il a des questions et ce qu'il a retenu. Vous trouverez en référence quelques suggestions de lecture que vous pouvez recommander à vos patients qui traitent de différentes problématiques

Avec la collaboration de son patient, le médecin détermine les diverses étapes qui seront suivies afin qu'il puisse faire un choix éclairé et qu'il se sente impliqué dans son traitement dès le départ.

# La thérapie cognitivo-comportementale

Tableau 4

## Grille d'évaluation du registre des activités quotidiennes

Registre des activités de la semaine du \_\_\_\_\_

Note : Inscrire un « P » pour plaisir et noter de 0 à 5 (0 étant nul et 5 excellent)

	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	samedi	dimanche
6h à 7h							
7h à 8h							
8h à 9h							
9h à 10h							
10h à 11h							
11h à 12h							
12h à 13h							
13h à 14h							
14h à 15h							
15h à 16h							
16h à 17h							
17h à 18h							
18h à 19h							
19h à 21h							
21h à 0h							
0h à 6h							

## Le registre des activités quotidiennes

Le registre des activités quotidiennes est l'exemple même de l'outil simple, utile et efficace (tableau 3). Il a surtout été utilisé dans le traitement de la dépression, particulièrement de la

dépression grave, afin de briser le cercle vicieux de la démotivation. Il peut également être utilisé pour traiter d'autres problématiques que la dépression qui nécessitent la connaissance de l'emploi du temps de la personne (par exemple, pour une personne qui ne sort plus de chez elle,

# La thérapie cognitivo-comportementale

Tableau 5

## Les 5 étapes de la résolution de problèmes

1. Changer son attitude face au problème
2. Définir le problème et les objectifs pour le résoudre
3. Générer différentes solutions (étape du *brainstorming*)
4. Choisir une solution
5. Mettre en pratique et évaluer la solution choisie

pour celle qui a un problème de procrastination, etc.). Le registre des activités quotidiennes est aussi utile pour évaluer la fréquence et la durée des pensées ou des comportements propres à la maladie que l'on cherche à réduire : consommation d'une substance, obsessions, compulsions, épisodes de boulimie ou autres.

On demande d'abord au patient de noter en un ou deux mots les principales activités l'ayant occupé pendant la journée en incluant les heures de lever et de coucher. L'évaluation est faite en général pendant une semaine (tableau 4).

Lorsqu'elle est remplie, cette grille permet, tant au médecin qu'au patient, de prendre rapidement connaissance de l'ensemble des activités ayant eu lieu au cours d'une période donnée et d'évaluer jusqu'à quel point elles sont fonctionnelles (appropriées dans le contexte, procurant un bien-être au patient) ou dysfonctionnelles (trop fréquentes, trop intenses, inappropriées ou entraînant une détresse chez le patient). Elle peut également favoriser une certaine prise de conscience du lien entre un comportement et une émotion (par exemple, le

manque d'activité et l'augmentation de l'humeur dépressive ou encore la mise en évidence d'un patron de consommation : « je consomme toujours plus quand je viens de visiter cet ami ou ma famille ».)

Par la suite, le thérapeute peut utiliser la démarche comportementale pour favoriser l'augmentation des activités utiles ou fonctionnelles ainsi que la diminution des activités dysfonctionnelles. On peut décider à l'avance avec la personne déprimée des moments où elle fera des activités extérieures. Ensuite, on augmente le nombre et la durée des activités de semaine en semaine. On peut également suivre une diminution progressive de la consommation ou encore des épisodes de boulimie ou autres. On suggère au patient de conserver les feuilles sur lesquelles il note ses activités et ses observations pour qu'il soit en mesure de constater lui-même son évolution.

Par exemple, un médecin dit à son patient déprimé : « Dans un premier temps, vous allez indiquer les activités que vous faites au cours de votre journée, dans le registre des activités quotidiennes. Maintenant, nous allons prévoir une marche de 20 minutes, 3 fois par semaine, que nous allons inscrire dans le registre et que vous ferez, même si vous ne vous sentez pas motivé. Vous indiquerez que vous avez fait cette activité en mettant un crochet dans la case correspondante. Je vous demande également de noter de 0 à 5 votre degré de plaisir avant et après l'activité (deuxième semaine) ». Cela permettra d'amener peu à peu le patient à constater qu'il est plus motivé quand il fait des promenades. Cela l'aidera aussi à se mobiliser, à diminuer son anhédonie et son apathie. La



## Le cas de Madame P.

Madame P. est âgée de 48 ans. Elle est séparée, mère de deux enfants et travaille comme secrétaire juridique. Elle vous consulte parce qu'elle se sent triste, épuisée, stressée et inquiète. Un remaniement du secrétariat à son travail et l'affichage de postes « réguliers » l'inquiètent.

- Reconnaissance du problème. Reconnaître que le problème est complexe, qu'il ne sera pas résolu immédiatement, qu'une partie de celui-ci n'est pas de son ressort et que les problèmes font partie de la vie. Par ailleurs, celui-ci présente un certain défi : l'occasion de travailler sur l'affirmation de soi.
- Définition du problème. Mettre en évidence une difficulté de communication avec son patron auquel elle n'ose pas demander si elle va perdre son emploi, ce qui génère beaucoup de conflits.
- Brainstorming de toutes les solutions envisagées. Démissionner, faire du zèle pour s'assurer d'être gardée, en parler à des amis, écrire une lettre au patron, ne rien faire et attendre que ça passe, demander plus de renseignements, parler de son problème d'affirmation à son patron, écrire ce qu'elle a à dire à son patron avant de lui parler, travailler sur son affirmation de soi, faire partie d'un groupe d'entraide, etc.
- Choix de deux solutions combinées. Demander à son patron de la rencontrer et préparer cette rencontre à l'avance ou mettre en place un groupe d'affirmation de soi au bureau.
- Réévaluation des résultats deux semaines plus tard. La patiente ne manifeste aucune anxiété et une meilleure communication s'est établie avec son patron.



motivation vient souvent après et non pas avant, comme « l'appétit vient en mangeant! ».

Nous suggérons au thérapeute de toujours garder des exemplaires de la grille d'évaluation du registre des activités quotidiennes, afin de pouvoir en remettre un aux patients qui pourront, à leur tour, la reproduire.

## La résolution de problèmes

Cet outil, qui est probablement un des plus utiles en clinique externe, vise à donner une méthode au patient pour résoudre ses problèmes. La résolution inefficace des problèmes est très fréquente chez les personnes saines et se retrouve

encore plus fréquemment chez les patients souffrant d'un trouble anxieux (plus particulièrement d'un trouble d'anxiété généralisée), d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble d'adaptation.

Les gens qui résolvent inefficacement les problèmes ont tendance à les voir comme une « montagne » et à les définir de façon vague et générale. On note également que ces personnes ne considèrent pas plusieurs solutions. Ils se contentent de régler le problème, souvent de façon impulsive, avec la première solution qui leur vient à l'esprit. D'autres éviteront carrément de l'affronter et retarderont sans cesse le moment de prendre une décision, demeurant ainsi dans un

# La thérapie cognitivo-comportementale

Tableau 6

## Grille de résolution d'un problème

Description brève de la situation problématique :

\_\_\_\_\_

Mon attitude face au problème. Est-ce que je perçois ce problème comme étant une menace?

\_\_\_\_\_

Pourrais-je avoir une perception plus nuancée, y voir un défi, comment?

\_\_\_\_\_

Définition précise et concrète du problème

\_\_\_\_\_

Solutions possibles (minimum 10)

- |          |           |
|----------|-----------|
| 1) _____ | 6) _____  |
| 2) _____ | 7) _____  |
| 3) _____ | 8) _____  |
| 4) _____ | 9) _____  |
| 5) _____ | 10) _____ |

Le pour et le contre des solutions retenues

	Pour	Contre
1)	_____	_____
2)	_____	_____
3)	_____	_____
4)	_____	_____
5)	_____	_____
6)	_____	_____
7)	_____	_____
8)	_____	_____
9)	_____	_____
10)	_____	_____

Solution choisie pour un premier essai

\_\_\_\_\_

Mise en pratique de la solution choisie et évaluation du résultat

\_\_\_\_\_

# La thérapie cognitivo-comportementale

état d'anticipation et d'anxiété important. Enfin, plusieurs personnes oublieront d'évaluer si la solution qu'ils ont choisie ou la façon dont ils l'ont appliquée a donné les résultats escomptés, persistant ainsi dans des méthodes de résolution de problèmes inefficaces.

La résolution de problème comprend cinq étapes : changer son attitude face au problème, définir le problème et les objectifs à atteindre pour résoudre celui-ci, élaborer différentes solutions (étape du *brainstorming*), choisir une solution, mettre en pratique et évaluer la solution choisie (tableau 5).

Ces étapes sont présentées au patient, puis, successivement explicitées et travaillées avec lui. On peut travailler un premier problème avec le patient et lui demander ensuite de faire la démarche par écrit ou encore, lui expliquer les différentes étapes de la démarche, lui demander de la mettre en pratique avec son problème à la maison et réviser ce qui a été fait la semaine suivante.

***Changer son attitude face au problème.*** Il arrive que la personne ne reconnaisse pas qu'elle a un problème, ce qui peut l'empêcher de mettre en branle le processus de résolution. Le patient peut également trouver anormal d'en avoir un et mettra plus d'énergie à s'indigner du fait qu'il a un problème qu'à le résoudre. Il arrive aussi fréquemment que les gens voient leurs problèmes comme une menace, qu'ils aient peur et qu'ils soient ainsi freinés dans leur tentative de résolution de problème. Enfin, certaines personnes réagissent très impulsivement face à une difficulté, sans même prendre le temps d'y penser.

Afin d'aider une personne qui a une attitude négative face à un problème, on peut l'amener à

## Ressources pour les patients et les thérapeutes

### Associations des Dépressifs et Maniaco-dépressifs

Matériel audiovisuel et documentation disponibles pour l'enseignement aux patients.

Tél. : (514) 529-4619.

Site Web : [www.admd.org](http://www.admd.org)

### Association des Troubles Anxieux du Québec

Plusieurs documents disponibles sur chacun des troubles anxieux.

Tél. : (514) 251-0083

Courriel : [ataq@ezworld.com](mailto:ataq@ezworld.com)

Site Web : [www.ataq.org](http://www.ataq.org)

### Phobies Zéro

Ligne d'écoute, groupes d'entraide et conférences pour les patients souffrant d'un trouble anxieux.

Tél. : (514) 276-3105

### Service de référence de l'Ordre des Psychologues du Québec (gratuit)

Tél. : (514) 738-1881

voir ce dernier comme quelque chose de normal et comme faisant partie de la vie. Il ne faut pas l'attribuer à des déficits personnels (personnalisation) et le patient doit accepter que la résolution de son problème prendra probablement du temps et des efforts. On peut également l'amener à le percevoir comme un défi plutôt que comme une menace. Il est aussi utile d'aider la personne à

---

# La thérapie cognitivo-comportementale

reconnaître que certains problèmes ne peuvent être résolus immédiatement et qu'ils méritent une réflexion approfondie. Finalement, le patient peut être amené à mieux reconnaître ses problèmes et à utiliser son anxiété, en l'associant à quelque chose qui ne va pas. Les émotions négatives devraient nous pousser à observer notre environnement et nos comportements pour percevoir ce qui nous mène à ces émotions.

Par exemple, Madame M. éprouve des difficultés avec son fils qui ne cesse de lui désobéir. Elle vous dit : « Ce n'est pas normal, je ne devrais pas avoir de difficulté à l'éduquer si je suis une bonne mère, il ne devrait pas être comme ça! ». Tant qu'elle aura cette attitude face à ses difficultés, il est clair qu'elle ne pourra pas trouver de solutions. Il est donc essentiel, dans un premier temps, de l'aider à voir ce problème comme faisant partie de la vie et à se rendre compte qu'il n'est pas uniquement secondaire à des déficits personnels. Ce processus lui permettra d'être plus efficace pour résoudre son problème.

**Définir le problème et formuler des objectifs pour le résoudre.** Beaucoup de gens tentent souvent de résoudre des problèmes vagues et confus ou encore d'en résoudre plus d'un à la fois. Lorsqu'ils en prennent conscience, il est très important qu'ils le précisent de façon spécifique et concrète, afin de pouvoir identifier les solutions efficaces. Il est souvent nécessaire d'aider le patient à diviser le problème en plusieurs sous-problèmes qui seront soumis tour à tour au processus de résolution. Un problème mal défini mène souvent à des solutions partielles ou à des tentatives de résolution qui aggravent la difficulté.

Par exemple, si une personne vit des difficultés avec un ami et qu'elle définit son problème de façon vague : « mon ami est une personne insensible qui ne me comprend pas », elle aura de la difficulté à trouver une solution. Par contre, si elle le définit de façon précise et concrète : « j'ai de la difficulté à communiquer mes émotions avec mon ami au téléphone », elle augmente ses chances de trouver une solution. Certaines questions permettent de mieux définir un problème :

- Qui est impliqué?
- Qu'est-ce qui me dérange?
- Quand la situation se produit-elle?
- Quels sont mes objectifs (ceux-ci doivent être réalistes et accessibles)?

**Élaborer des solutions différentes (étape du brainstorming).** Cette étape vise à trouver le plus de solutions possibles (au moins dix), aussi farfelues soient-elles, afin d'augmenter les chances que la meilleure solution se trouve parmi celles-ci. À ce stade-ci du processus, on demande au patient de ne pas critiquer les solutions trouvées. Cette exigence est essentielle, mais souvent très difficile à respecter pour les patients. Le principe de quantité et de variété prévaut également : plus il y a de solutions et plus elles seront variées, plus on augmente les chances de trouver des solutions de qualité. Ces principes peuvent sembler très simples, mais dans les faits, rares sont ceux qui trouvent plus d'une solution afin de résoudre un problème. Par exemple : « J'ai de la difficulté à communiquer mes émotions à mon ami au téléphone ». Exemples de solutions sans auto-censure :

- Ne plus jamais parler à mon ami.
- L'engueuler parce qu'il ne me comprend pas.

## La thérapie cognitivo-comportementale

- Écrire une lettre pour me défouler et lui remettre.
- Écrire une lettre pour me défouler et ne pas lui remettre.
- Lui donner un rendez-vous dans un café pour lui expliquer ma difficulté.
- Écrire une lettre dans laquelle je lui explique ma difficulté et lui demander de m'aider.

**Choisir une solution.** L'objectif de cette étape est de choisir la meilleure solution parmi celles identifiées. Il est important de souligner au patient qu'il n'y a pas de solution parfaite et que chacune comporte ses avantages et ses inconvénients. Le patient doit commencer par éliminer les solutions clairement moins efficaces. Ensuite, on lui demande de considérer le pour et le contre de celles qui restent. Il est aussi possible de combiner plus d'une solution. Les questions suivantes sont également utiles dans le processus d'élimination :

- Qu'est-ce que cette solution peut m'apporter?
- Quelles sont les chances que cette solution fonctionne?

- Quelles sont les conséquences à court terme et à long terme de cette solution?
- Quelles sont les conséquences pour moi et pour mon entourage?

**Mettre en pratique la solution choisie et évaluer le résultat.** La dernière étape consiste à évaluer si la solution choisie a permis à l'individu d'atteindre ses objectifs de départ. Cette étape peut être considérée comme le suivi des actions et être effectuée par le patient à domicile dans un premier temps, puis être évaluée avec lui lors de son prochain rendez-vous. On doit évaluer l'impact de la solution sur le problème et l'amélioration de l'humeur du patient. Le processus de résolution de problème doit mener à un soulagement émotionnel. Si la solution choisie ne permet pas d'atteindre les objectifs, il faut alors retourner à l'étape de la prise de décision pour choisir une autre solution ou revenir à la définition du problème.

À la suite de la présentation des étapes de la résolution de problème, il est utile de demander

**FLOVENT® 125 ET FLOVENT® 250 SONT  
MAINTENANT INSCRITS SUR LES LISTES  
PROVINCIALES DE MÉDICAMENTS.**

Inscrits aux fins de remboursement dans les provinces suivantes: Ontario, Québec, Colombie-Britannique\*, Manitoba, Alberta, Saskatchewan, Terre-Neuve et Labrador, Nouvelle-Écosse\*.



**FloVent®**

(propionate de fluticasone en inhalation)



\*En Colombie-Britannique et en Nouvelle-Écosse, les quatre présentations de Flovent® (25, 50, 125, 250 µg) sont remboursées.

**GlaxoWellcome**  
Glaxo Wellcome Inc.  
Bureau d'information du Québec

# La thérapie cognitivo-comportementale

au patient ce qu'il a retenu et ce qu'il a appris de nouveau. Commencez l'exercice avec lui et demandez-lui de le compléter à la maison en proposant un retour sur le processus lors du prochain rendez-vous. Pour faciliter sa tâche et systématiser le processus, il est important que la démarche se fasse par écrit. Il est possible de remettre au patient une grille de résolution de problème comme celle que l'on retrouve dans le tableau 6. Le thérapeute qui désire utiliser cette grille peut en faire plusieurs exemplaires et les garder à la portée de la main. *Clin*

3. Weissman, MM : *IPT Mastering Depression, a patient's guide to interpersonal therapy*. New York, Basic Books, 1995.

Plus spécifiquement pour le thérapeute :

1. Beck, JS : *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. The Guilford Press, New York, 1995, 338 pp.
2. Chaloult, L : *La psychothérapie cognitivo-comportementale : théorie et pratique*. Gaëtan Morin (à paraître).
3. Klerman, GL, Weissman, NM, Wakowitz, J : *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*. New York, Basic Books, 2000.
4. Ladouceur, R, Fontaine, O, Cottraux, J : *Thérapie comportementale et cognitive*. Masson, 1993, 465 pp.
5. Ladouceur, R, Marchand, A, Boisvert, JM : *Les troubles anxieux : approche cognitive et comportementale*. Gaëtan Morin, Montréal, 1999, 213 pp.
6. Yehuda, R : *Psychological Trauma*. American Psychiatric Press, Washington, 1998, 218 pp.

## Références

1. Kaplan, HI, Sadock, BJ : *Synopsis of psychiatry*. Williams and Wilkins, Baltimore, 1998, 1401 pp.
2. Sadock, J, Sadock, V : *Comprehensive textbook of psychiatry*. Williams and Wilkins, Baltimore, 2000, 3344 pp.

## Lectures suggérées

### Trouble panique avec agoraphobie :

1. Marchand, A, Letarte A : *La peur d'avoir peur*. Éditions Alain Stanké, Montréal, 1993, 173 pp.

### Phobie sociale :

1. André, C, Légeron, P : *La peur des autres : trac, timidité et phobie sociale*. Éditions Odile Jacob, Paris, 1998, 270 pp.
2. Boisvert, JM, Beaudry, M : *S'affirmer et communiquer*. Éditions de l'Homme, Montréal, 1979, 328 pp.
3. Rapee, RM : *Overcoming Shyness and Social Phobia*. New Jersey, Jason Aronson Inc., Norvale, 1998, 120 pp.

### Trouble obsessionnel-compulsif :

1. Cottraux, J : *Les ennemis intérieurs : obsessions et compulsions*. Éditions Odile Jacob, Paris, 1998, 267 pp.

### Dépression :

1. Joffe R, Levitt, A : *Conquérir la dépression*. Empowering Press, Hamilton, 1998, 113 pp.
2. Leblanc, J et, coll. : *Démystifier les maladies mentales : les dépressions et les troubles affectifs cycliques*. Éditions Gaëtan Morin, Montréal, 1996, 296 pp.

Dans la deuxième partie de cet article, les auteurs présenteront les deux principes essentiels de la thérapie cognitivo-comportementale, soit l'exposition graduée et la restructuration cognitive, ce qui permettra aux médecins de mieux connaître cette approche et d'être en mesure d'évaluer le type de thérapie que reçoivent leurs patient et d'ainsi les adresser à des spécialistes de ce genre de traitement, au besoin.