



Pratique des TCC de la dépression

D.U. T.C.C.

24 ET 25 JUIN 2021

CLERMONT FERRAND

Docteur Christine MIRABEL-SARRON
Psychiatre - Docteur en Psychologie
M.D. / Ph.D

Université Paris V René Descartes

PLAN

Première partie :

La relation au patient déprimé

Deuxième partie :

Entretiens préliminaires et l'analyse fonctionnelle

Troisième partie :

Identification des cognitions et stratégies de décentration

Quatrière partie:

Identification des schémas cognitifs

Cinquième partie :

Thérapie comportementale et cognitive basée sur la pleine conscience



Première partie

La relation au patient déprimé



Le sujet déprimé

Il n' y a pas de petite dépression.

Il est toujours « dans une grande souffrance » !

Je reconnais sa dépression !

J' observe le patient....

Je constate ce qu' il dit, ce qu' il fait, ce qu' il ne fait pas et ce qu' il ne dit pas.

Je comprends comment il fonctionne.

J' identifie ses problèmes.

Je respecte sa souffrance.

Le discours dépressif

Le patient est inattentif et interrompt sans cesse le clinicien.

Il est tourné exclusivement vers le passé.

Il se plaint et accuse les autres de ses souffrances.

Il est incapable de remettre en cause ses cognitions.

Des troubles cognitifs sont présents **dans 90% des cas**, y compris lors d'un premier épisode.

Comportements d'alerte

- Prise irrégulière du traitement médicamenteux ;
- Interruption des psychothérapies ;
- Critiques à l' égard des thérapeutes précédents ;
- Consommations excessives d' alcool ou de drogues ;
- Appelle uniquement en cas de crises ;
- Ne vient pas aux rendez-vous ;

→ Composent une liste illimitée de comportements dysfonctionnels... ;

La construction de l' alliance thérapeutique

- Collaboration active avec le patient ;
- Constitution d ' une équipe avec le patient où le thérapeute joue le rôle de guide en tant qu' expert ;
- Empathie ;
- Compréhension ;
- Prise en compte des signes verbaux et non-verbaux;
- Formulation des feed-back ;
- Ne pas être trop directif ni en confrontation;

→**Le but : construire une relation avec chaque individu.**

En résumé

- L ' évaluation clinique, psychologique, cognitive s'effectue au cours des trois premières séances ;
- Mise en place de la relation collaborative ;
- Identification des facteurs de résistance ;
- Adaptation de l' outil thérapeutique ;
- Conceptualisation cognitive ;

→ **L ' art du thérapeute est de savoir mobiliser certaines stratégies afin de construire une alliance avec le patient.**



○ Jeux de rôle

Le questionnement ouvert

Les reformulations

Le renforcement positif

Le discours éducatif



Deuxième partie

Les entretiens préliminaires et l'analyse fonctionnelle

But des premiers entretiens

Thérapie :

- **concrète,**
- **psycho-éducative spécifique,**
- **orientée vers les problèmes engendrés par la dépression.**

Le thérapeute amène chaque patient à devenir un collaborateur actif dans le processus thérapeutique.

En général, l'augmentation de l'engagement du patient se fait avec les progrès constatés au fur et à mesure de l'avancée dans la thérapie (auto-renforcement).

Constitution de l' agenda des séances

Le thérapeute initie le patient à l' agenda.

L'individu choisit un problème concret et actuel à résoudre. Ce problème est étudié et permet d' introduire les différents outils cognitifs.

→ **Pièges** :

- Le sujet ne respecte pas l' agenda,
- Souhaite aborder plusieurs problèmes,
- Est en attente de conseils,
- N' a pas perçu la dimension d' apprentissage des techniques TCC.

Définition des tâches à domicile

- **Elles sont définies toujours sur le dernier quart de la séance**
- Elles sont définies en collaboration avec le patient et validées par lui
- **Débutées en séance par écrit (modeling participatif)**
- La fréquence de réalisation et la durée sont en fonction de l'intensité de la dépression,

Faire face à une tâche non réalisée

Un ensemble de raisons de la non-compliance aux tâches chez le patient :

- **Le perfectionnisme ;**
- **Le besoin d' approbation ;**
- **Le sentiment d' être jugé, critiqué ;**
- **Le raisonnement émotionnel ;**
- **La distractibilité.**

→ La mise en échec favorise le désespoir, le sentiment d' incapacité, d' autocritique, et de dévalorisation.

Stratégies pour augmenter la compliance

Vérifier la clarté de l' instruction ;

Choisir une tâche la moins effrayante possible ;

Donner une tâche précise, spécifique ;

Expliquer comment faire, et la fréquence ;

La technique de modeling (répétition, exemple personnel écrit)

Expliquer l' utilité de la tâche, séquencer en étapes ;

Donner un sens à la tâche ;

Faire expliquer les raisons de la prescription ;

Faire choisir au patient ;

Trouver un facteur d' engagement dans la tâche : recherche bénéfice-coût de la tâche.

Analyse de la non réalisation des tâches

Agenda de la séance totalement consacré à l'analyse de la non-réalisation des tâches :

- Coût et bénéfices de ne pas les faire.
- **Qu'avez-vous pensé à ce moment là ?**
- **Recherche d'alternatives de pensées.**

L' analyse fonctionnelle

- **Les problèmes comportementaux** ;
- **Hypothèses sur les différents schémas cognitifs** « *Je ne peux pas être aimé* », « *Je ne peux pas prendre soin de moi* » , « *Je ne peux pas être aidé* » ;
- **Expériences de l' enfance** ;
- **Modes de fonctionnement habituel du sujet** (prises de décision,...)

Conceptualisation du cas clinique

Plusieurs modèles de conceptualisation depuis 1989
(Pearson, Beck,...) permettent de comprendre pourquoi le patient réagit à certaines situations d'une certaine manière.

Identifier les comportements et les activités cognitives qui seront les cibles de la thérapie.

Exemple de conceptualisation : Anna, 42 ans.

Dépression majeure, 2^{ème} épisode

Schéma central	Schémas secondaires	Cognitions	Stratégies de coping
Je suis vulnérable, mauvaise, impossible à aider. Les autres sont supérieurs à moi.	-Si je suis très vigilante, je peux me protéger. -Si j' évite les défis, je suis bien. - Si j' accuse les autres, je vais bien. -Si j' essaie de faire quelque chose de difficile, je ne serais pas capable de le faire. -Si je fais une erreur, cela signifie que je suis mauvaise.	C' est inutile, je ne peux pas être aidée. Je vais me polariser sur mes problèmes. ce sera pire.	Hypervigilance par rapport aux émotions négatives. Parle de manière hostile aux autres. Évite de faire des tâches qui vont être difficiles. Prend une position critique, coupe la parole, change de sujet. Évite de parler d' elle, car elle pense alors qu' elle sera rejetée et blessée.

Éléments de l' enfance : seconde d' une fratrie. Père décrit comme abusif. Mère déprimée, froide, sans contact.

Elle appréhende toutes les situations qu' elle vit. Grande difficulté du thérapeute à l' engager.

Jeux de rôle collectifs

- **Mr D, 37 ans, cadre commercial.**
- Premier épisode dépressif partiellement amélioré par les antidépresseurs,
- Bonne observance médicamenteuse,
Aucun antécédent personnel ni familial

- **Quelles questions lui poser pour réaliser l'analyse fonctionnelle ?**

Construction des objectifs

Le patient construit la liste de ses problèmes ici et maintenant.

-Ses objectifs sont personnels et doivent être « **SMART** »

-Comportements que le sujet souhaite modifier. « *Si vous vous sentiez mieux, qu ’aimeriez-vous faire ?* »

-Le patient hiérarchise ses difficultés.

→ Pièges :

- **objectifs trop larges, dysfonctionnels, inappropriés.**
- **liste des sentiments pénibles.**

Objectifs hiérarchisés de Dominique (1)

- **Objectifs professionnels :**

- Augmenter les échanges avec mes collègues au cours de la semaine;
- Réunir plus souvent mes collaborateurs, (une fois par semaine);
- Voir mes collaborateurs individuellement et régulièrement;
- Prendre le temps de déjeuner et de dîner
- Profiter de la pause pour déjeuner avec un collaborateur;
- Dîner avec des amis une fois par mois environ;
- Prendre des rendez-vous réguliers avec mon directeur sans attendre sa venue dans mon bureau;

Objectifs hiérarchisés de Dominique (2)

Objectifs personnels :

- Brancher mon répondeur téléphonique systématiquement ;
- Rappeler au moins un correspondant par jour ;
- Envisager un week-end en famille tous les deux mois ;
- Accepter des invitations à des sorties une fois par mois ;
- Reprendre le ménage ;
- Reprendre la décoration de mon intérieur (tableaux que je voulais changer...) y consacrer 2 h environ par week-end ;
- Reprendre une activité sportive une fois par semaine au moins.

Prescription des activités plaisantes

La prescription du thérapeute amène à un taux de renforcement positif régulier.

→ Pièges :

- le patient n' en a pas envie,
- Il n' en voit pas l' intérêt,
- Il ne voit pas le lien avec la dépression,
- la considère futile et disproportionnée à sa souffrance,
- vous en faites écho à son entourage.



Troisième partie

Identification des cognitions et stratégies de décentration

Les cognitions

- **Les pensées automatiques constituent le concept clé de la psychothérapie cognitive de Beck.** Ces pensées surgissent spontanément, sans aucun effort de la part de l'individu.
- Dans les troubles psychologiques, les pensées automatiques sont souvent déformées, extrêmes ou inadéquates. Elles s'enracinent dans les croyances négatives de base. Par exemple : Linda n'arrive pas à se décider à postuler pour un emploi parce qu'elle croit que sa candidature ne sera pas retenue par la Direction.
- **La thérapie cognitive peut aider à comprendre que cette pensée automatique vient de ce que son père lui disait souvent : « *Elle ne pourra rien faire de bon dans la maison*. »**

Caractéristiques des cognitions dépressives (1/2)

- **Spécifiques**
- **Précises**
- **Brèves** : sorte de phrases en style télégraphique
- **Involontaires** : elles ne sont pas l'aboutissement d'une réflexion, d'un raisonnement ou d'une délibération à propos d'un événement ou d'un sujet ,
- **Autonomes** : elles ne s'enchaînent pas logiquement ,
- **Plausibles** ;
- **Raisonnables** : leur validité est acceptée sans confrontation avec la réalité

Caractéristiques des cognitions dépressives (2/2)

- **Négatives** : les thèmes sont dominés par l'autocritique
- **Douloureuses**
- **Spontanées** : elles apparaissent dans des circonstances qui contredisent leur contenu. Même si l'expérience ne les valide pas, elles continuent à faire irruption dans la pensée du sujet jusqu'à la résolution de l'état dépressif
- **Idiosyncrasiques** : leur contenu est lié intimement aux problèmes du sujet

La triade cognitive de Beck

- Beck a recensé ces cognitions et en fournit un classement. Il décrit alors la « **triade cognitive négative** », en distinguant, dans l'ordre :
 - **les pensées qui concernent le sujet** ;
 - **Les pensées qui intéressent le monde environnant** ;
 - **les pensées qui traitent du futur.**

Un exemple du lien entre émotions et cognitions...(1/3)

Imaginez un instant que vous marchez dans une rue ou une route de campagne déserte et qu'il commence à faire sombre. Soudain, vous entendez un bruit derrière vous. Vous vous raidissez immédiatement, votre cœur bat plus vite, et vous accélérez le rythme.?

Pourquoi cette soudaine poussée d'adrénaline ? Nul doute que vous interprétez instantanément ce bruit comme un danger potentiel: «*Quelqu'un pourrait être derrière moi et me faire du mal !* ». Vous vous retournez et constatez qu'il n'y a personne. Rapidement, vous vous dites: *Il n'y a personne, ça doit être le vent, un écureuil, ou mon imagination ?*.

C'est cette seconde pensée, cette réévaluation de la situation, qui reste à l'esprit. Si plus tard, je vous demandais de me parler de votre promenade, vous vous rappelleriez un moment de peur momentanée et la réalisation plus tard que « rien n'était là ! » .

Un exemple du lien entre émotions et cognitions...(2/3)

Cette première pensée qui a déclenché la peur « *Il y a quelqu'un derrière moi qui va m'attaquer !* » est oubliée, remplacée par une réponse adaptée à la situation.

Lors des deux dernières séances, vous avez décrit un certain nombre de situations qui généraient de l'anxiété. Dans ces situations, vous avez eu des pensées ou des images qui sont venues alimenter votre peur ou votre anxiété. C'est peut-être que maintenant vous ne vous souvenez pas de ce qu'elles sont parce que vous ne vous sentez pas menacé comme lors de ces moments et que vous n'êtes pas dans une situation anxiogène.

Cependant, il est important que nous découvrions ces premières pensées. Nous voulons connaître ce qui provoque cette anxiété.

Un exemple du lien entre émotions et cognitions...(3/3)

Ensemble, en étudiant attentivement chaque situation et en recueillant quelques informations supplémentaires, nous pouvons découvrir les types de pensées ou images qui définissent ces épisodes anxieux.

Il est à noter que le vécu d'une situation est très personnel.

Une même condition engendre de la tristesse chez une personne, de l'anxiété chez une autre, et de la colère chez une troisième.

Identification des cognitions

Le patient se familiarise avec le modèle de Beck (interaction cognition-émotion-comportement).

La perception des événements influence nos comportements.

Situation	Cognitions	Réaction émotionnelle	Comportement immédiat
Entretien avec le psychiatre : Quels sont vos objectifs ?	<i>C ’ est bien superficiel tout cela. !</i> <i>Mes problèmes sont bien plus profond que cela.</i> <i>Il n ’ a pas lu mon dossier!</i>	Colère	Haussement des épaules, Contraction du visage. Ne répond pas à la question.

Jeux de rôle collectifs

Je joue le rôle de Mr. D

→ **Le groupe doit identifier les cognitions**

Examen de l'évidence, recherche d' alternatives de pensées

Nécessite une répétition régulière.

Comparaison avec l' apprentissage d' une langue étrangère.
Etape longue (au moins six séances).

→ **Pièges** :

- Initier trop précocement.
- Répétition de la technique trop difficile, seul.
- Vouloir absolument avancer dans le déroulement de la TCC alors que le patient n' a pas acquis l' étape précédente.

Recherche d'alternatives : Exemple clinique (1/3)

Christophe : boucle émotionnelle

Christophe, âgé de 38 ans, se débat avec sa deuxième récidive dépressive. **Parvenu à la 8^{ème} séance**, il note sur une de ses feuilles d'auto-enregistrement :

- **Situation** : « *J'attends dans un magasin, on ne vient pas me servir.* »
- **Émotion** : « Désespoir. »
- **Pensée** : « *Je n'existe pour personne.* »

→ Alternatives :

- ✓ « Je vais me manifester pour que l'on s'occupe de moi. »
- ✓ « Cela ne fait que quelques minutes que je suis entré dans cette boutique, le commerçant est probablement occupé. »
- ✓ « Je regarde en attendant ce qu'il y a dans la boutique pour bien préciser mon choix. »
- **La recherche de ces alternatives de pensée n'est pas facile pour un individu qui est souvent absorbé par ses pensées négatives.** Le thérapeute peut façonner cette démarche à l'aide du questionnaire suivant :

Recherche d' alternatives : Exemple clinique

(2/3) Christophe : 2 questions

- ***Que pourrais-je penser dans cette même situation ?***

- Ce sont les réponses livrées dans l'exemple ci-dessus. Cependant l'argumentation peut être élargie.

- ***Que penserais-je d'autres, dans une situation analogue ?***

- Notre patient recherche d'autres situations où une émotion analogue a été ressentie. Christophe se souvient alors que ce même sentiment s'est reproduit lors d'une attente dans un bar-tabac et lors d'une attente dans un pressing. Il recherche alors d'autres pensées. ***Que pourrais-je penser d'autre globalement dans toute situation d'attente ?***

- ***Que penserait quelqu'un d'autre face au même événement ?***

- Ce dernier exemple illustre la décentration de personne. Il lui est demandé de prendre la place d'une autre personne - d'une personne qu'il connaît et dénomme dans son esprit : père, mère, femme, mari. Il se rend compte qu'il tenait peu compte de l'observation des individus et qu'il concentrat son attention uniquement sur lui-même. Notre patient se met à la place de son épouse et il se rend compte que celle-ci penserait : « Je suis contente de venir m'acheter de nouvelles chaussures » ou : « Il y a de merveilleuses choses dans cette boutique » ; ou encore : « Si je ne trouve pas ce que je souhaite ici, il a plein d'autres possibilités dans le quartier. »

Recherche d' alternatives: Exemple clinique (3/3) Christophe : 2 dernières questions

Une autre question à se poser est :

- *Si j'étais un observateur externe à cette situation, comme si j'étais un caméraman qui filme cette scène, qu'est-ce que j'en penserais ?*

Il trouve pour réponse : « Cet homme a du mal à se décider, il semble hésitant » ; « Il ne trouve rien à son goût » ; « Quelque chose n'a pas l'air de lui convenir. »

Dernière question possible :

- *Si j'avais quinze années de moins, qu'est-ce que j'aurais pensé dans la même situation ?*

« Ils ne sont pas commerçants, je vais aller dans une autre boutique » ; « J'ai tout mon temps, aujourd'hui j'ai pris mon après-midi » ; « Je profite de cette attente pour laisser un message sur le portable de ma fille. »

Décentration par cartouche: exemple clinique (1/3)

Florence : boucle émotionnelle et représentation graphique

Florence, 58 ans, évoque une situation particulièrement pénible de la semaine écoulée

Situation	Emotion	Cognition	Comportement
Ma fille me dit : <i>« tu ne fais rien de la journée, tu aurais au moins pu préparer un bon repas ! »</i>	Tristesse Intensité : 20/20	« Je ne rends personne heureux ! » Conviction : 18/20	Je lui ai expliqué que je ne pouvais pas.

Elle reproduit ensuite graphiquement la situation, en remettant l'évènement en contexte (où elle était, avec qui, les objets autour, sa pensée, son émotion...).

Décentration par cartouche: exemple clinique (2/3)

Florence : les éléments

- Florence liste ensuite **tous les éléments du dessin** puis propose **au moins 2 pensées sur chacun des éléments**. Par exemple:
 - **la machine à laver** : « *je ne l'aime pas, elle est toujours pleine* » « *j'ai peur qu'elle me lâche* »
 - **le four** : « *il ne sert pas tant que ça* » « *il faut le nettoyer de temps en temps* »
 - **le frigidaire** : « *il est peu rempli* » « *il est rempli de choses que les enfants n'aiment pas* »
 - **la table** : « *elle est en mélaminé* » « *elle est blanche* »
 - Florence : « *elle porte un pantalon noir avec un sweatshirt bleu, son foulard bleu est assorti* »
 - **La fille de Florence** : « *elle est toujours bien habillée* » « *elle est droite comme un piquet !* »
 - **La pensée de Florence**: « *c'est fort !* », « *tout ça à la base pour un repas !* »

Décentration par cartouche: exemple clinique (3/3)

Florence : rééquilibrage

Florence évalue ensuite la tonalité émotionnelle de chaque pensée (tonalité positive ou négative) et rééquilibre en fonction du rapport entre pensées émotionnellement positives et pensées émotionnellement négatives.

Par exemple, elle sera amenée dans cet exemple à ajouter des pensées émotionnellement agréables.

Attention, l'inverse est aussi possible. L'important est d'équilibrer la tonalité émotionnelle des pensées, pas de penser exclusivement positif
Enfin Florence est invitée à relire l'ensemble de ses pensées et à réévaluer:

- l'intensité de son émotion tristesse
- son niveau de conviction à la pensée « *Je ne rends personne heureux* »

Pensées négatives de Dominique

SITUATIONS	EMOTIONS	PENSEES	COMPORTEMENTS
Réunion.	Tristesse, accablement.	<i>« Je ne suis pas à la hauteur ! ».</i>	Je me tais.
Je suis le dernier au bureau.	Déception.	<i>« Je n'y arriverai jamais ! ».</i>	Je relis le dossier.

Analyse logique de Dominique (1)

Identifier la situation émotionnelle :

Mon collègue m'appelle pour la cinquième fois sur mon portable ! On est dimanche !

Identification des émotions : colère et dépit

Pensée immédiate : *Il exagère !*

Analyse logique de Dominique (2)

○ Analyse logique de la situation :

Examen de l'évidence → **POUR** :

- Depuis trois ans, il m'appelle tous les week-ends sur mon portable; il rentre dans mon bureau sans prévenir; il ose me donner de temps à autre des diminutifs familiers !
- Il m'appelle souvent pour des choses qui peuvent attendre au moins le lendemain !
- Il est sans gène !
- Je ne supporte pas les gens qui crient, qui explosent de colère !

Examen de l'évidence → **CONTRE**:

- **Je n'ai pas choisi ce collègue ! Il est venu après ma nomination !**
- **J'ai des propositions ailleurs auxquelles je vais répondre ! J'ai un haut niveau d'expériences professionnelles. !**

Analyse logique de Dominique (3)

Reformulation de la proposition initiale :

- J'ai travaillé durement; je suis reconnu !
- Je n'ai pas à trembler ni à me soumettre à un « sans gène qui ne respecte personne » !

Conséquences concrètes et développement de stratégies de résolution de problème :

- Faire le point le vendredi pour le lundi matin;
- Mettre mes téléphones sur messagerie; rappeler si le motif est urgent



Quatrième partie

Identification des schémas cognitifs

Les indications

Le travail sur les schémas cognitifs est particulièrement indiqué:

- Chez les patients aux troubles récurrents
- En cas d'association avec **au moins** un trouble pathologique de la personnalité

Définition (Segal)

- En 1988, Segal *et al.* proposent une définition des schémas, nouvelle et plus précise. Selon eux :

Ce sont des structures mnésiques cognitivo-affectives construites tout au long de l'existence.

Ces schémas constituent des représentations émotionnelles qui vont influencer le niveau sensori-moteur, en guidant la perception et l'action. »

Les modes cognitifs d'après BECK 1/5.

Le mode est un système d'adaptation à la réalité qui avait sa valeur à une certaine période de la vie, qui aujourd'hui n'a plus de valeur fonctionnelle, mais persiste. Les modes ont alors une action souvent négative à l'âge adulte.

Les modes cognitifs d'après BECK 2/5.

**Le mode regroupe des schémas cognitifs
sur un thème donné qui mettent en place
des stratégies d'adaptation**

Les modes cognitifs d'après BECK 3/5.

Les thèmes sont :

- **Amour.**
- **Approbation.**
- **Omnipotence.**
- **Perfectionnisme.**
- **Réussite.**
- **Désir d'être approuvé.**
- **Droit à la considération.**
- **Code moral propre au sujet.**
- **Autonomie.**

Les modes cognitifs d'après BECK 4/5.

Une évaluation faite par le biais des schémas mène le sujet à des réponses affectives et à la production de stratégies d'adaptation.

Puis ces dernières, modifiées par les expériences successives, aboutissent à la construction de modes.

En résultent de grandes organisations autour de la dépendance, l'agressivité, le retrait, l'arrogance, la passivité... qui auraient une valeur fonctionnelle dans l'évolution phylogénétique.

Histoires de vie et scénarios de vie

Schémas conditionnels	Stratégies d'adaptation ou scénarios de vie	Forme de personnalité
Si je ne fais pas ce que veulent les autres, je serai rejeté	N'exprime jamais des désirs personnels, soumets-toi, suis les autres	Personnalité dépendante
Si les autres comprenaient ce que je suis réellement, ils me mépriseraient	Évite les autres, ne les laisse pas approcher	Personnalité évitante
Si je ne passe pas pour quelqu'un d'exceptionnel, je ne suis rien	Utilise les autres pour ton profit, conduits-toi comme si tu étais le meilleur	Personnalité narcissique
Si je n'arrive pas à me contrôler et à contrôler les autres, je ne suis personne	Quitte les autres avant qu'ils ne se rendent compte que tu as fait des crises pour tester leur amour	Personnalité Borderline

Identification des scénarios de vie .

Le patient est piégé dans la répétition des « traumatismes » ou des « incapacités » .

- **Le noyau central (ou centre de la toile),
noyau cognitif, n'est pas toujours
identifiable.**

Quand l'état influence l'accès aux schémas cognitifs. 1/2

Les auteurs de ces théories font l'hypothèse que les schémas cognitifs sont bien des marqueurs de vulnérabilité à la dépression (**schémas traits**) cependant la capacité cognitive de chaque individu à un moment donné dépendrait de son état thymique.

Miranda et Person 1988 cités dans Ingram, **Miranda et Segal** 1998 proposent le modèle du Mood state dependence hypothesis.

Comment identifier les schémas ?

- **Technique d'identification des thèmes récurrents à partir du carnet d'auto observation.**
- **Recherche de la signification d'un événement.**
- **Généralisation à partir d'exemples spécifiques.**
- **Relevé des (« il faut, je dois »). auto injonctions automatiques**
- **Les techniques syllogistiques.**
- **La technique de la flèche descendante.**
- **Catégorisation des cognitions notées dans le carnet de thérapie.**
- **Expression du sens, implicite.**
- **Identification des schémas par auto questionnaire.**
- **Technique du procès.**

Evolution dans l'identification des schémas.

- **Avant 1990, les techniques recherchaient le schéma cognitif le plus activé.**
- **Depuis 1990, les techniques portent sur la recherche de constellation de schémas (**3 à 10 schémas**).**

Evaluer le taux d'activation respectif des schémas.

.

Sur une période d'un mois le patient va repérer et noter dans chaque situation émotionnelle inconfortable, le schéma activé.

A la fin, il identifiera le schéma le plus souvent activé.

C'est ce dernier qui fera l'objet d'une évaluation de son impact sur la vie du sujet aujourd'hui.

C'est ce schéma qui pourrait être assoupli.

Commentaires du thérapeute

Nous pouvons identifier un schéma prégnant

Il y en a probablement d'autres

« Pas besoin d'en avoir pour soigner le patient »

Celui-ci rend bien compte des comportements qui amènent à la consultation

Comment réécrire le scénario ou comment reformuler les schémas cognitifs ?

Modifier les schémas par ce que les scénarios de vie sont imperméables, rigides et entraînent la répétition, l'adhésion à des stéréotypes et l'incapacité à mettre en perspective différents événements de sa vie.

La métaphore architecturale

Considérons que le schéma est une vieille maison

1^{ère} possibilité Vous l'a rasée et vous en construisez une toute nouvelle. Cela correspondrait à une reformulation complète du schéma. Un exemple : départ-arrivée

2^{ème} possibilité : vous conservez les fondations, les murs porteurs et vous refaites tout le reste. Cela correspondrait à une reformulation partielle. Un exemple :

Départ : « *si je fais tout parfaitement alors j'obtiendrai l'amour des autres !* ».

Arrivée : « *si je fais tout parfaitement alors c'est un vrai avantage pour la qualité de mon travail !* ».

La métaphore architecturale

Troisième possibilité : vous conservez la structure globale et vous refaites toute la décoration intérieur.

Cela correspondrait à une mise à distance sans reformulation.

Départ = arrivée.

En exemple :

Quatrième possibilité : Vous plantez autour de la maison de la vigne vierge sur les murs, des roses Trémière autour etc.

Cela correspondant d'apprentissage de comportementale type affirmation de soi pour limiter les conséquences négatives et augmenter l'adaptation



Cinquième partie

**Thérapie comportementale et cognitive basée
sur la pleine conscience**

La réactivité cognitive (Segal, 1988).

Même en phase de rémission de la dépression, les individus connaissent des montées émotionnelles, dont souvent ils n'arrivent pas à se décenter par la pensée.

La M.B.C.T a pour but de réduire chez le patient sa réactivité cognitive due à l'humeur, qui est un facteur de risque à la rechute dépressive ou à la récurrence des épisodes.

Le patient développe alors la capacité à se désengager de cette humeur triste, source de pensées négatives, mais aussi du stress associé

Faire attention à tout moment !

- Est au centre **des séances 1 à 4.**
- Le participant devient alors conscient du peu d'attention qu'il accorde habituellement à sa vie quotidienne.
- Prise de conscience de la vitesse à laquelle l'esprit saute d'un sujet à un autre ; apprentissage à ramener l'esprit qui vagabonde à un point central :
- soit à un point du corps (**body scan**) soit en ramenant au souffle (**observation de l'inspire et de l'expire**).
- La prise de conscience que ce vagabondage de l'esprit ouvre la porte aux pensées et aux sentiments négatifs.
- **Première étape après laquelle** le sujet pourra remarquer ses changements d'humeur et les prendre en main maintenant ou plus tard.

Gérer les mouvements de l'humeur.

- C'est l'objectif de la deuxième partie, soit de la séance 5 à 8.
- Quand une pensée ou un sentiment négatif surgit, des instructions sont apprises afin d'être tout simplement là avant de bouger et d'y répondre adéquatement.
- Les participants apprennent à être pleinement conscient de la pensée ou du sentiment.
- Le sujet peut choisir sa manière de répondre au mieux à la situation difficile, soit maintenant ou plus tard.

Conclusion (1)

Avec un sujet déprimé majeur, le thérapeute prend son temps:

- Pour se mettre en phase avec un patient souvent ralenti.
- Pour respecter son déficit attentionnel.
- Pour mettre en place l' alliance thérapeutique.
- Pour réaliser la conceptualisation individuelle.

La thérapie n' apportera un bénéfice que dans 2 ou 3 mois.

Conclusion (2)

Butler (2006): synthèse de 28 méta-analyses sur l'efficacité des TCC qui conclue à leurs effets favorables.

Dobson (2011) estime que la TCC est une grande réussite en terme de prise en charge psychothérapeutique efficace et qu'elle le restera si tant est que les théoriciens, les chercheurs et les cliniciens continuent d'examiner et d'évaluer les données probantes, les modèles conceptuels et les voies de réflexion associées à ces approches.

Le but ultime est le bien-être des patients et c'est en répondant au mieux à **leur univers cognitif que nous faisons évoluer les théories et les pratiques de la TCC.**

Bibliographie

Mirabel-Sarron C. La Dépression, comment en sortir ? Collection « Guide pour s'aider soi-même ». Odile Jacob, 2002, format Pocket 2008.

Mirabel-Sarron C, Critères d'évaluation des thérapeutiques comportementales et cognitives dans la dépression. Académie de Médecine, bulletin de l'Académie, 2010, 194, 3 : pp 805-815.

Mirabel-Sarron C, Docteur A, Sala L, Siobud-Dorocant E. *Mener une démarche de pleine conscience : approche MBCT*, Dunod, Paris, 2012.

Vera L, Mirabel-Sarron C, L'entretien en Thérapie Comportementale et Cognitive. Editions Dunod, 2014.

Mirabel-Sarron C, Leygnac-Solignac I. Les troubles bipolaires, de la cyclothymie au syndrome maniaco-dépressif : comprendre, traiter et prévenir les rechutes, Editions Dunod, mars 2009, seconde édition janvier 2011, troisième édition avril 2015.

Mirabel-Sarron C. « Se reconstruire après un accident de la vie » Editions O. Jacob septembre 2020

Mirabel-Sarron C, Docteur A. Apprendre à soigner les dépressions avec la thérapie cognitive. Editions Dunod, 2021

Merci de votre attention