

Thérapie comportementale et cognitive

Qu'est ce que la TCC ?

La thérapie comportementale et cognitive (TCC) est une technique de psychothérapie reconnue pour le traitement de nombreuses pathologies psychiatriques (phobies, troubles anxieux, troubles thymiques...). Elle vise à enseigner au patient comment corriger ses pensées erronées, maîtriser ses symptômes, et gérer sa pathologie au quotidien. Idéalement, à l'issue du traitement, le patient devra être à même d'utiliser de façon autonome ces stratégies pour gérer l'évolution de sa pathologie. Le contenu de la TCC doit être adapté spécifiquement aux symptômes du patient, la durée du traitement et le nombre de séances seront fixés au début de la thérapie.

Résumé des éléments de la TCC présentés dans ce document

1. Interventions cognitives	Thérapie cognitive
2. Interventions comportementales	Changement comportemental
	Techniques d'exposition
	Organisation des activités

La thérapie cognitive et comportementale est-elle efficace ?

La TCC a fait l'objet en 2004 d'une évaluation dans le cadre de l'expertise INSERM " Psychothérapie : Trois approches évaluées ", et a démontré une efficacité dans le traitement de nombreuses pathologies psychiatriques. Elle peut être utilisée seule ou en association avec un traitement médicamenteux.

Comme son nom l'indique, la TCC associe des techniques comportementales et cognitives afin de prendre en charge les symptômes du patient. Vous trouverez ci-dessous une présentation des principales techniques ainsi que des conseils rudimentaires de mise en pratique.

Interventions cognitives

Thérapie cognitive

Qu'est ce que la thérapie cognitive ?

Beck décrit la thérapie cognitive comme " une approche structurée, directive et active, et limitée dans le temps, pouvant être utilisée pour traiter certaines pathologies psychiatriques ". Selon *Beck*, la façon dont une personne interprète ou apprécie une situation repose sur ses expériences passées. Celles-ci influencent ses modes généraux de pensées, son interprétation

d'un évènement et par conséquent les émotions suscitées par cet évènement. Par exemple, un patient ayant vécu un accident de voiture peut garder une appréhension ou développer une phobie de la route que ne ressentiront pas ceux qui n'ont pas vécu cette expérience traumatisante. La thérapie cognitive s'appuie sur le principe selon lequel la modification des schémas de pensée d'un individu entraînera une évolution de sa façon d'interpréter la situation qui devrait permettre à son tour un changement émotionnel et comportemental vis à vis de cette situation.

On a souvent recours au modèle A-B-C développé par Ellis pour expliquer l'influence de nos croyances sur notre façon de nous sentir et de nous comporter.

Événement déclencheur (A)	Croyances et réactions face à la situation (B)	Conséquences émotionnelles (C)
---------------------------	--	--------------------------------

On suppose communément que A entraîne directement C. Cependant, dans la plupart des cas, c'est la réaction ou les pensées d'une personne face à un événement (B) qui influencent la façon dont elle se sent. Envisageons l'exemple suivant :

Marie demande à son médecin un certificat médical, lui expliquant qu'elle appréhende de se rendre sur son lieu de travail. Elle a récemment intégré un nouvel emploi. Elle était impatiente d'entreprendre une nouvelle fonction et s'efforce de faire bonne impression auprès de ses collègues. Elle fait de son mieux pour être amicale envers chacun d'eux mais a l'impression que ses nouveaux collègues ne font pas les mêmes efforts et l'ignorent même parfois. Pour cette raison, Marie se sent inutile et pense qu'elle est la cause du problème. Pour couronner le tout, son chef est très impatient et lui crie dessus pour n'importe quelle raison. Marie n'est plus motivée pour se rendre à son travail et commence à penser qu'elle doit être " ennuyeuse " et que ses collègues la trouvent stupide. Une consultation plus approfondie révèle qu'elle pense être incompétente et insignifiante. Marie commence à se sentir déprimée et devient anxieuse lorsque l'heure du travail approche.

De toute évidence, l'intégration de Marie dans ce nouvel emploi n'a pas été une réussite. Il n'était pas irrationnel d'être bouleversée par l'attitude de son chef et de ses collègues, toutefois la réaction de Marie face à cette situation présente un caractère plus complexe.

Appliquons le modèle ABC au cas de Marie :

A = Événement déclencheur = être ignorée par ses collègues et rabrouée par son chef.

B = Croyances et réactions face à A = Marie pense d'une manière générale être ennuyeuse, stupide, incompétente et insignifiante, et explique ainsi le comportement de ses collègues.

C = Conséquences émotionnelles = Marie se sent déprimée, contrariée et anxieuse.

Comme l'illustre cet exemple, nos croyances et nos pensées intimes ont une influence très importante sur notre façon de vivre et réagir aux événements. L'objectif de la thérapie cognitive consiste à enseigner au patient comment modifier ses croyances (B) face à un événement, afin d'agir sur les conséquences émotionnelles (C).

L'étape suivante, souvent désignée par la lettre **D** dans ce modèle, vise à apprendre au patient à " réfuter " ses propres pensées négatives et à les remplacer par des pensées plus adaptées. La thérapie cognitive s'achève avec **E**, qui se caractérise par un nouvel effet émotionnel (ou une nouvelle conséquence émotionnelle).

Événement déclencheur	Croyances et réactions face à la	Conséquences
-----------------------	----------------------------------	--------------

(A)	situation (B)	émotionnelles (C)
Réfuter les idées négatives ou irrationnelles (D)		Nouvelle émotion (E)

Éléments clés de la thérapie cognitive

1. Présentez le modèle A-B-C au patient.
2. Identifiez et mettez en évidence les pensées automatiques négatives.
3. Repérez les distorsions cognitives.
4. Évaluez la pertinence des pensées automatiques négatives.
5. Évaluez leurs bénéfices et inconvénients.
6. Proposez au patient des affirmations plus adaptées et réalistes.
 1. Présentez au patient le principe de la thérapie cognitive en utilisant le modèle A-B-C pour appuyer votre explication.
 2. Le terme " pensées automatiques négatives " décrit des pensées négatives qui apparaissent de manière réflexe en réponse à une situation ou à un événement. Le patient peut avoir conscience du caractère automatique de ces pensées ou non. Elles sont au centre de la thérapie cognitive car le patient est souvent convaincu de leur pertinence et parce qu'elles déterminent son interprétation des événements. Par exemple, un patient anxieux face à une prise de parole en public peut présenter la pensée automatique négative : " les gens vont se moquer de moi ". Cette pensée l'amène à éviter d'être exposé socialement. Une femme déprimée exprime généralement la pensée automatique négative " je suis un poids pour mes proches ". Cette pensée l'amène à se détacher de son entourage.

Demandez au patient d'évaluer les pensées qui surgissent face à certaines situations. Le tableau présenté ci-dessous peut servir de support.

Exemple de grille d'évaluation des pensées

DATE	SITUATION Que faisiez-vous ou pensiez-vous ?	EMOTION(S) Qu'avez vous ressenti ? Quelle était l'intensité de cette émotion (sur une échelle de 0 à 100)?	PENSEES AUTOMATIQUES Quelles pensées avez-vous eu à ce moment là ? Quel niveau de croyance leur accordez-vous (sur une échelle de 0 à 100) ?

3. Cette étape permet d'évaluer si les pensées du patient reflètent certaines distorsions cognitives. Ici sont présentés les différents types de distorsion, avec un exemple de type de pensée automatique dépressive :
 1. *La pensée dichotomique (le principe du tout ou rien)* : voir tout en noir ou tout en blanc, c'est-à-dire considérer les événements comme étant totalement positifs ou totalement négatifs.

Par exemple : " Avant je réussissais tout, maintenant je ne suis plus capable de rien ".
 2. *Sur-généralisation* : tirer des conclusions à partir d'un ou plusieurs événements isolés, puis à les appliquer à d'autres en rapport ou indépendants de ces événements.

Par exemple : un étudiant échoue à un examen et pense alors qu'il va aussi rater son permis de conduire.

3. *Abstraction sélective (filtre)* : se concentrer sur un détail d'un événement et l'extraire de son contexte, puis tirer des conclusions infondées à partir de ce détail.

Par exemple : dans une discussion, remarquer que son interlocuteur détourne le regard par moment et en déduire " Il me trouve ennuyeux ".

4. *Disqualification du positif* : discréditer les expériences ou les événements positifs sans ou en invoquant une raison pour les disqualifier.

Par exemple : un étudiant réussit un examen et pense " J'ai eu de la chance c'est tout, je sais très bien que je suis nul. ".

5. *Inférences arbitraires* : tirer des conclusions sans preuves ou à partir de maigres indices qui ne suffisent pas à les confirmer.

Par exemple : Un client ne vient pas à un rendez-vous et la personne pense que c'est à cause d'elle.

6. *Exagération et minimalisation* : attribuer trop ou trop peu d'importance à un événement.

Par exemple : un étudiant ayant fait une erreur lors d'un examen pense : " C'est une véritable catastrophe, je ne vais jamais réussir cette année et je serai renvoyé de l'université ".

7. *Personnalisation* : Exagérer ou fantasmer le lien entre soi et l'extérieur.

Par exemple : " C'est parce que je suis là, je porte toujours malheur ".

4. Le patient doit prendre position vis-à-vis de ses pensées automatiques. Vous pouvez chercher avec lui des raisonnements les confirmant, puis des raisonnements les infirmant.

Par exemple, vous pouvez demander au patient " Qu'est ce qui vous prouve que cette pensée est vraie ? " puis " Qu'est ce qui vous prouve qu'elle est fausse ? ". Il est nécessaire de conduire cet exercice de façon assez structurée. Lors des premiers exercices, n'hésitez pas à vous appuyer sur un support écrit, sous forme par exemple d'un tableau :

Pour	Contre

5. Appréciez ensemble les bénéfices et les inconvénients des pensées automatiques. Il ne s'agit pas de lui dire ce qu'il doit penser mais de lui faire réaliser les conséquences de ses mécanismes de pensées. Vous pouvez utiliser à nouveau un tableau pour servir de support.
6. Envisagez avec lui des pensées alternatives plus adaptées. Pour cela, vous pouvez vous aider des questions suivantes :

" Pourriez-vous envisager cette situation de façon plus rationnelle ? " ;

" Que pourriez-vous vous dire lorsque cette pensée resurgira ? " ;

" Que penserait quelqu'un d'autre face à une telle pensée ? " ;

" Quel conseil lui donneriez-vous ? " .

N.B :

- Il est important d'avertir le patient que l'acquisition de ces stratégies prend un certain temps. Il faut envisager cette thérapie comme une rééducation des mécanismes de pensées, dont les effets s'envisagent à moyen et long terme.

- En général, les patients n'accordent que peu de confiance aux pensées alternatives au début de la thérapie, leur préférant les pensées automatiques auxquelles ils sont habitués. Vous pouvez demander au patient d'évaluer son niveau de croyance vis-à-vis des pensées automatiques avant et après avoir envisagé les pensées alternatives. Cela vous permettra d'observer d'éventuels changements cognitifs ou d'ajuster la thérapie jusqu'à ce que des changements cognitifs se produisent.

- Il est utile de conserver les différents supports écrits pour pouvoir juger de l'évolution et mesurer le chemin parcouru par le patient.

Interventions comportementales

Qu'est ce que la thérapie comportementale ?

Les techniques de thérapie comportementale sont employées pour aider les patients à se comporter de façon plus fonctionnelle. Elles sont particulièrement efficaces pour le traitement des troubles extériorisés (phobies, TOC...) et l'apprentissage de compétences sociales chez les enfants ou les adultes souffrant d'un handicap intellectuel.

Elles sont basées sur les principes des conditionnements Pavloviens et Skinneriens : le comportement pathologique sera combattu soit de manière passive (le patient résiste contre les émotions et pulsions envahissantes en attendant qu'elles cessent), soit de manière active (le patient agit et subit les conséquences positives ou négatives de son comportement, par exemple sous forme de récompenses ou de punitions).

La thérapie débute par une analyse exhaustive du comportement visant à identifier les comportements devant être modifiés et à repérer les événements de vie et les schémas cognitifs qui sont à leur origine. L'analyse est suivie d'un programme méthodique permettant l'apprentissage de comportements plus adaptés.

Techniques d'exposition

Que sont les techniques d'exposition ?

Les techniques d'exposition sont classiquement utilisées pour le traitement des troubles anxieux, tout particulièrement les phobies. Le principe est de confronter le patient à la situation qui l'effraie, pour qu'il apprenne à contrôler, puis à faire disparaître, ses peurs.

La première étape consiste à identifier les peurs du patient, et à établir une hiérarchie des situations anxiogènes, de la moins redoutée à la plus redoutée. On expose ensuite le patient à ces situations, en respectant cette hiérarchie, de manière à ce qu'il ressente toujours l'anxiété dans une proportion supportable. Le principe de l'exposition est simple : le patient doit affronter la situation jusqu'à ce que sa peur diminue. En effet, le fait de résister à l'anxiété jusqu'à sa disparition lui permet de s'habituer aux situations anxiogènes et de réaliser que ses peurs sont infondées. Pour lutter contre la réaction anxieuse, le patient doit s'aider de techniques de relaxation et de contrôle de la respiration, et se convaincre qu'il doit affronter ses peurs jusqu'au bout. Au cours de l'exposition, le thérapeute soutient et accompagne activement le patient (modeling participatif). L'approche doit nécessairement être progressive car peu de personnes accepteraient d'affronter leur phobie dès le début de la thérapie et une mauvaise gestion de cette confrontation risquerait d'aggraver la phobie.

L'exposition progressive est la technique d'exposition la plus utilisée. Le patient est exposé réellement (" in vivo ") à l'objet phobogène, avec le soutien du thérapeute.

La désensibilisation systématique est une technique similaire qui consiste à exposer le patient par l'imagination (" in imagino "). Elle est surtout utile en début de thérapie ou dans les cas où il est difficile d'affronter l'objet phobogène dans la réalité (par exemple : phobie de l'avion). Des techniques utilisant la réalité virtuelle sont aussi en développement.

L'exposition avec prévention de la réponse est une technique utilisée pour les Toc consistant à apprendre au patient à réfréner ses compulsions.

Comment procéder?

Principes de l'exposition progressive

1. Il est tout d'abord important de bien expliquer les principes de base. Le patient est souvent effrayé à l'idée de devoir faire face à des situations qu'il évite généralement depuis longtemps. L'exposition progressive peut donc constituer une étape très désagréable de sa thérapie. Il est par conséquent primordial de bien lui expliquer en quoi cela consiste avant de débiter tout exercice d'exposition ; il aura alors plus de chances de réussir les exercices d'exposition et la thérapie sera plus efficace.

Vous pouvez par exemple lui dire : " Pour vaincre certaines situations effrayantes que l'on évite depuis longtemps, il existe une méthode qui consiste à faire face à ces situations de façon progressive. Dans votre cas, je sais que vous avez peur des araignées. Pour vous apprendre à ne plus en avoir peur, je ne vais pas directement vous poser une araignée sur le bras. Je vais plutôt vous demander de franchir plusieurs étapes, tout d'abord très faciles, (par exemple imaginer une araignée), puis peut être pour vous plus difficiles, (par exemple toucher la photographie d'une araignée), jusqu'à ce que vous

soyez capable de supporter la vue d'une araignée. Vous allez passer par des moments effrayants au cours de la thérapie, toutefois, souvenez-vous que plus vous vous confronterez à votre phobie, plus votre peur diminuera. A la fin de cette thérapie, vous serez capable de voir des araignées sans être submergé par l'angoisse ".

2. Elaborez ensuite une liste des situations phobogènes avec le patient. Il devra noter ces situations en fonction de l'anxiété ressentie sur une échelle de 0 à 10 (Anxiété extrême 9-10 ; Anxiété faible 0-1).

Les situations phobogènes sont en général simples à cerner (comme la phobie des araignées) mais pas toujours. Par exemple, un patient souffrant d'agoraphobie peut avoir peur de prendre le train parce que il se retrouverait alors loin de chez lui, et donc de son point de vue, loin de toute possibilité d'aide. Mais il peut aussi surtout redouter que le train soit bondé, et donc, toujours de son point de vue, qu'il n'ait plus la possibilité d'en sortir ; il peut également avoir peur de ces deux éventualités.

Le patient est le seul à vraiment savoir ce qui l'effraie et le clinicien doit s'assurer que les situations d'exposition correspondent bien à la complexité des peurs suscitées.

3. Aidez ensuite le patient à hiérarchiser les situations en fonction de l'intensité de l'angoisse dans un ordre croissant. Vous pouvez vous aider de supports, comme des images ou des dessins des situations anxiogènes, que vous classerez avec le patient.
4. Sélectionnez une dizaine de situations (si le nombre de situations est trop réduit, l'exposition risque d'être trop brutale) qui pourront être intégrées au travail d'exposition progressive que vous allez débiter. Les situations doivent être de préférence **spécifiques** (par exemple : " prendre le bus, plutôt que " prendre un transport en commun ") et **détaillées** (" prendre le bus le mardi matin entre 8 et 9 heures).
5. Assurez-vous qu'il n'y ait pas d'écart trop important entre deux situations dans la hiérarchie. Si la différence est trop importante entre deux situations, demandez au patient d'ajouter une situation intermédiaire ou de modifier l'une des étapes (si nécessaire, des étapes pourront être ajoutées ultérieurement).
6. Débiter ensuite les exercices d'exposition. Demandez-lui d'affronter la situation la plus facile et ce jusqu'à ce que l'anxiété ait diminué. Il faudra répéter l'exercice jusqu'à ce que la situation ne l'effraie plus du tout. Il n'existe aucune règle déterminant la durée d'exposition, il faut surtout considérer le temps nécessaire à surmonter l'épreuve ou supportable pour le patient.

Cet exercice permet au patient de bien comprendre que rien de grave ne se produit dans cette situation et qu'il s'habitue en réalité peu à peu à l'anxiété. Lorsqu'un exercice d'exposition spécifique est de courte durée (par exemple : " entamer une conversation avec un inconnu "), il devra être répété à plusieurs reprises.

7. Une fois la première étape maîtrisée, le patient doit faire face à la deuxième situation et ainsi de suite.
8. Idéalement, le patient doit se soumettre à ces exercices d'exposition au moins trois ou quatre fois par semaine, avec si possible un suivi hebdomadaire par le thérapeute. En principe, le thérapeute doit féliciter tous les succès et comportements positifs du patient. Lorsque le patient a réalisé des efforts importants, il doit également être félicité même si l'exercice n'a pas vraiment réussi. Les échecs ou les évitements ne doivent pas être condamnés, le thérapeute doit plutôt encourager le patient et l'aider à réinvestir sa thérapie.

9. La motivation est souvent fluctuante, en raison de la nature désagréable de l'exercice. Vous devrez souvent rassurer, remotiver le patient et lui réexpliquer les principes de la thérapie.

Exemple de hiérarchie des situations phobogènes.

Objectif : Voyager seul en bus en centre ville et revenir, pour un sujet agoraphobe.

Situation	Anxiété attendue
1. Prendre le bus jusqu'au premier arrêt, en heures creuses	1/10
2. Prendre le bus jusqu'au deuxième arrêt, en heures creuses	2/10
3. Prendre le bus jusqu'au premier arrêt, en heures de pointe	3/10
4. Prendre le bus jusqu'au cinquième arrêt, en heures creuses	4/10
5. Prendre le bus jusqu'au cinquième arrêt, en heures de pointe	5/10
6. Prendre le bus jusqu'au huitième arrêt, en heures creuses	6/10
7. Prendre le bus jusqu'au huitième arrêt, en heures de pointe	7/10
8. Prendre le bus jusqu'en centre ville, en heures creuses	8/10
9. Prendre le bus jusqu'en centre ville, en heures de pointe	10/10

Conseils :

- La tenue d'un journal est très utile. Il permettra au patient de consigner ses niveaux d'anxiété et les problèmes rencontrés.
- Assurez-vous que le patient continue bien les exercices d'exposition, même s'il pense avoir maîtrisé ses phobies : ses succès peuvent être temporaires et doivent être consolidés par des exercices réguliers.
- Vous pouvez aussi organiser des situations phobogènes de telles manières qu'elles infirment les craintes du patient (par exemple : pour un patient souffrant de phobie sociale, organiser une réunion entre amis pendant laquelle il devra prendre la parole).
- Si un patient est extrêmement anxieux ou réticent avant un exercice d'exposition, vous pouvez :
 - modifier la hiérarchie ;
 - ajouter des étapes intermédiaires ;
 - permettre provisoirement au patient de réaliser l'exercice avec un proche ou un objet pour lui rassurant.
- N'oubliez pas que la progression du patient ne se déroule jamais sans encombre. A différents moments et pour différentes raisons (manque de motivation, changements de situation personnelle...), le patient peut vivre des échecs. Il est alors nécessaire de le rassurer et de l'encourager à persévérer.

Références et lectures recommandées :

Rapports de l'Inserm " Psychothérapies : 3 approches évaluées " :

<http://disc.vjf.inserm.fr/basisrapports/psycho.html>

Site Internet de l'Association française de thérapie comportementale et cognitive :

<http://www.aftcc.org/>

Organisation d'activités

Qu'est ce que l'organisation d'activités ?

L'organisation d'activités est une technique comportementale consistant à aider le patient à reprendre ses activités de façon structurée et organisée. Elle est classiquement employée pour le traitement des patients dépressifs. Il est en effet particulièrement important d'encourager ces patients à rester actifs, car la dépression leur fait perdre l'envie de pratiquer des activités agréables, et ils ressentent plus de pénibilité à assumer les activités désagréables. Inversement, le désœuvrement aggravera leur dépression. C'est un cercle vicieux qu'il faut renverser, les patients doivent donc s'astreindre à rester actifs même s'ils se sentent déprimés, pour que leurs activités les aident à sortir de leur dépression.

L'activité est donc au centre de cette technique, qui vise par ailleurs à renforcer le sentiment de maîtrise et le plaisir que les patients peuvent ressentir lors de leurs activités.

Comment procéder ?

1. Si le patient a perdu la motivation nécessaire pour les tâches quotidiennes et les loisirs, il faut tout d'abord lui expliquer pourquoi le maintien de ces activités est essentiel. Par exemple : " Vous m'avez expliqué que vous n'aviez plus ni l'énergie ni la motivation nécessaire pour accomplir vos obligations quotidiennes et que vous n'aviez plus non plus le goût aux loisirs. C'est votre dépression qui fait que vous n'êtes plus motivé, et vous êtes sûrement tenté de cesser d'avoir des activités.

Il est néanmoins important que vous ne les interrompiez pas car c'est un cercle vicieux : moins vous aurez d'activités, plus vous vous sentirez mal, et plus vous vous sentirez mal, moins vous aurez d'activités. "

2. Elaborez avec le patient une liste des activités qu'il effectue quotidiennement. Demandez-lui ensuite d'énumérer toutes les choses qu'il devrait faire mais ne fait pas par manque de motivation (par exemple : aller faire ses courses), puis de dresser une liste avec au moins dix activités qu'il aimerait faire ou appréciait avant sa dépression (par exemple : aller au cinéma). Demandez-lui ensuite de les classer en fonction de la satisfaction et du sentiment de réussite qu'elles suscitent (voir l'" Echelle d'évaluation sur la satisfaction et le sentiment de réussite " ci-dessous).
3. Les activités devront être organisées hiérarchiquement, de la plus facile à la plus difficile, et chaque semaine, une ou deux activités devront être sélectionnées. Si nécessaire, les activités complexes pourront être divisées en plusieurs étapes.
4. Expliquez au patient qu'il est important de partager son temps de façon équitable entre les activités agréables et les activités qui ne sont pas agréables mais nécessaires.
5. Montrez au patient comment organiser ses activités de façon structurée. Vous pouvez lui proposer de compléter chaque semaine un tableau d'organisation d'activités heure par heure (voir ci-dessous).
6. La première semaine, le programme peut se limiter à une ou deux activités agréables. N'essayez pas de combler chaque heure de la journée. Même si le patient n'a qu'une activité prévue dans la semaine, c'est mieux que rien et cela lui permettra de réamorcer sa vie active. Les semaines suivantes, vous pouvez augmenter le nombre et la diversité des activités. Après chaque activité, il est nécessaire que le patient exprime la satisfaction (S) et le sentiment de réussite (R) ressentis.
7. Demandez au patient de noter toute activité imprévue. Demandez-lui d'exprimer la satisfaction et le sentiment de réussite ressentis lors de ces activités.
8. A chaque consultation, vous ferez un bilan des activités positives et négatives depuis votre précédente rencontre. Encouragez le patient à développer les activités positives.

9. Encouragez le patient à continuer à organiser ses activités jusqu'à la reprise habituelle de ces dernières.

Exemple de tableau d'organisation d'activités

Date : 1^{er} mars

Heures	Activité	Degrés	
		(S)	(R)
7-8		(S)	(R)
8-9	Sortir se promener	2	4
9-10			
10-11			
11-12	Aller faire des courses	1	5
12-13			
13-14			
14-15			
15-16	Prendre un café avec un ami	3	3
16-17			
17-18			
18-19			
19-20	Lecture	4	2
20-21	Télévision	5	3
21-22			

Échelle d'évaluation sur la satisfaction (S) et le sentiment de réussite (R)

	0	1	2	3	4	5	6	
	NUL	FAIBLE		MODÉRÉ		ÉLEVÉ		

Conseils :

- Encouragez le patient à consacrer du temps à l'organisation de sa journée.

- Suggérez-lui de commencer la journée par des activités agréables et suscitant un sentiment de réussite.
- Encouragez le patient à être flexible (il doit être capable de réorganiser les activités de son programme ou d'en ajouter d'autres si nécessaire) mais rigoureux quand à la réalisation de toutes les activités programmés.
- L'objectif doit être qualitatif et non quantitatif, des petites activités bien vécues et réalisées seront bien plus bénéfiques que de grandes activités frustrantes et inachevées.
- Expliquez au patient que les activités sportives aident à améliorer l'humeur dépressive et encouragez-le à pratiquer une activité sportive régulière.

Télécharger si nécessaire dans le menu déroulant de gauche : **Lexique du site mg-psy.org.pdf**

Copyright © INSERM-888 2008-2009 - Tous droits réservés