



- -

: _____

: _____

: _____

--

--

--

--

--

2011 -2010 :

.

•

(SCID II)

(DSM IV)

:

-

-

-

-

-

:

-

-

-

-

.

.

.

-

.

-

.

-

.

1			
5		:	
6			-1
6		-1.1	
7		-2.1	
9		-3.1	
11		-4.1	
12		-5.1	
13		-6.1	
14			-2
14		-1.2	
16		-2.2	
16		-3.2	
16		-4.2	
17		-5.2	
18		-6.2	
18		-7.2	
19		-8.2	
19		-9.2	

28	:	
31		
31		-1
33		-2
34		-3
39		-4
40		-5
45		-6
46		7
48		-8
49		-9
56		-10
57		-11
60		-12
60		-13
61		-14
66		
67	:	
69		
70		-1
71		-2
73		-3
79		-4
87		
88	:	
89		
89		-1
91		-2
92		1-2

96	2-2	
97		
98	:	
100		
100		-1
101		-2
102		-3
106		-4
109		-5
110		-6
113		-7
115		-8
118		
119	:	
120		
120		-1
124		-2
126		-3
131		-4
133	:	
134		
134	K. Shneider	-1
135	DSM IV	-2
137		-3
147		
148	:	
173		-1
172		-2
193		-3

290		-4
240		-5
262		-6
282	:	
283		-1
285		-2
283		-3
283		-4
292		-5
294		-6
298	:	
299		-1
300		1-1
301		2-1
301		3-1
302		4-1
303		5-1
305		-2
309		
312		
319		

121		1
123		2
124		3
124		4
125	E. Kretschmer	5
125	W.H Sheldon	6
126	C.G Jung	7
132	C.R Collinger	8
134	K. Shneider	9
136	CIM 10 DSM IV	10
153	J. Cottraux SECCA	11
157		12
158		13
159		14
162	POC/PIC	15
163		16
175	J. Cottraux SECCA	17
178		18
179		19
180		20
181		21
182	/	22
182	/	23
183		24
184		25
184		26
196	J. Cottraux SECCA	27
199		28
200		29
201		30

202		31
202		32
202		33
204		34
205		35
218	J. Cottraux SECCA	36
221		37
222		38
223	/	39
225		40
226		41
230		42
231		43
243	J. Cottraux SECCA	44
245		45
246		46
247		47
248		48
249		49
250	/	50
251		51
253		52
265	J. Cottraux SECCA	53
268		54
269	/	55
270		56
284	" "	57
287	" "	58
289	" "	59
291	" "	60
293	" "	61
296	" "	62

160	.	1
272	.	2

		01
		02
		03
		04
		05
		06
		07
		08
		09
		10
		11
		12

المقدمة

%10

%60

!

()

.CIM 10

(DSM IV)

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

-1

:

-1.1

()

.

E. Kreaplin

%10

.

E. Kreaplin E. Kretschmer

.

(70 1955) K. Schneider 1923

"

.

"

.K. Abraham

K. Abraham .

.(266-212 1965)

()

:(1961) H. Tellenbach

H. Tellenbach

()

: -2.1

()

Akiskal



.

100

Akiskal

Tellenbach

Akiskal

.

D.Klein K.Phillips

Akiskal

.

(1994) Drouet (1994) J. Falliaire

1994

(1991) P. Magnan

.

:

-

:

-1

-2

.

-3

.

-4

.

-5

.

-6

.

-7

.

-

.

.

:

-3.1

Guelfi (1992) Bertschy

%50 %20

.

%85

Reich

%30 %20

%15

.

:

(1975) Nystrom Lindegar -

.

1981 Lewinshorm -

.

(1994 1973) Hirolafild -

:

26 1983 *

.

.

Hyer	PDQ-R		M.Fave	1996	*
		226		137	
			18		
		:			-4.1
	1995	1985			
		:	(1992)	Shea	-
		:			(placebo)
		:	%74	(interpersonnelle)	
		:			
	Beck		1992	Zettle	-
	Autonomie			Sociotropie	

Beck

Sociotropie

.

31

.

. 90

12

Sociotropie

Beck

.

6

Tyrer 1993 -

)

(

.

:

-5.1

.Hattaway Mckndly MMPI

Loranger

.International Personality Disorder Examination IPDE

Pfolil

.Structured interview for DSM III Personality Disorder IPD

.J. Cottraux

SCID II

:

-6.1

-2

: -1.2

Ellis

. 1960 Beck

%30

1980 Rosenbum

Simons 1986 Rush
21

1986

1990 Safran Segal

1991 Beutler

Shneider

Kreaplin

.%80 %60

%60 %35

. %50

:

-1

-2

-3

-4

-5

: **-2.2**

1-2

2-2

3-2

4-2

5-2

: **-3.2**

: **-4.2**

les taches assignées

)

(" "

-5.2

:

1

2

3

(15)

(46 2003 M. Cardine O. Chambon) Garfield .

¹ - توجد مقاييس التشخيص في الفصل الأول.

² - توجد مقاييس التشخيص في الفصل الأول.

³ - لا يتلاءم هذا البرنامج مع الذهانين لأنه يتطلب قدرة على مراجعة الذات.

: -8.2

;

.

:

A. Beck

;

;

.

: -9.2

Minkowsky

(171 2001) J.Doron

(236 2006 H.Fsian)

.

(109 2002 J.Palazzolo)

SCID II

: -1.9.2

SCIDII (Structured Clinical Interview)

.

:

-

.

.

3

.

5

.

:

-2.9.2

.

1948

.(3 2006 M.Bouvard)

.

.

.

.

() . 272
4

70 480 1976 Guy Cleary
.Dreyfus Guelfi

30 .
. 52 0 4 0 2 0

: Eysenck -5.9.2

. Psychotisme

(Inventaire de Personnalité d'Eysenck EPI)

:(E) -

.

.

.

.

:(N)

.

.

...

....

.

.

100

.

32

.25 29,30,34,37,42,48,50,56,73,75,91,95:

13

:

19

.2 14,8,21,41,54,59,64,68,79,81,85,88,96,99 5,7,9,12

. 23

:

20

.1,6,11,16,20,28,36,40,45,51,55,58,61,63,67,69,72,78,90,94

.24,33,47 :

3

. 24

:

24

.3,8,13,17,22,26,31,35,38,43,46,52,60,65,70,74,76,80,83,84,87,92,97,100

. 21

.15,23,39,62,86,98 :

6

.4,10,19,27,32,44,49,59,53,57,66,71,77,82,89,93 :

15

.

:

1975

383 . 42 428 () .

556 () . 25

. 3262 2312 . 28

.

:

-6.9.2

.

.

()

:

.

()

-

-

-

.

:

.

.

:

-

-

.

45

-

-

.

:

-1.6.9.2

:

-

..

.

SECCA

:

1985

Cottraux

S -

E -

C -

C -

A -

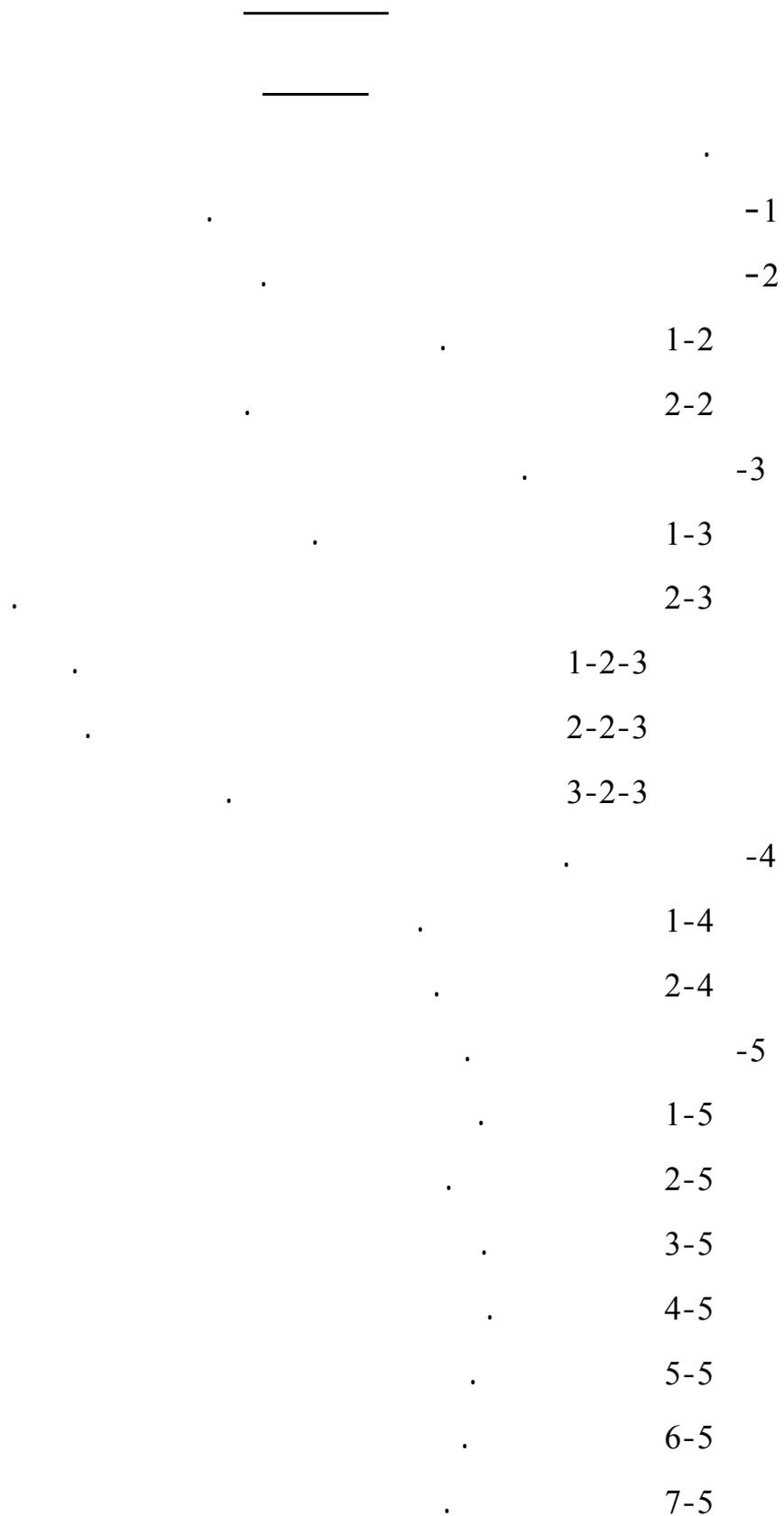
:

Synchronique

.Diachronique

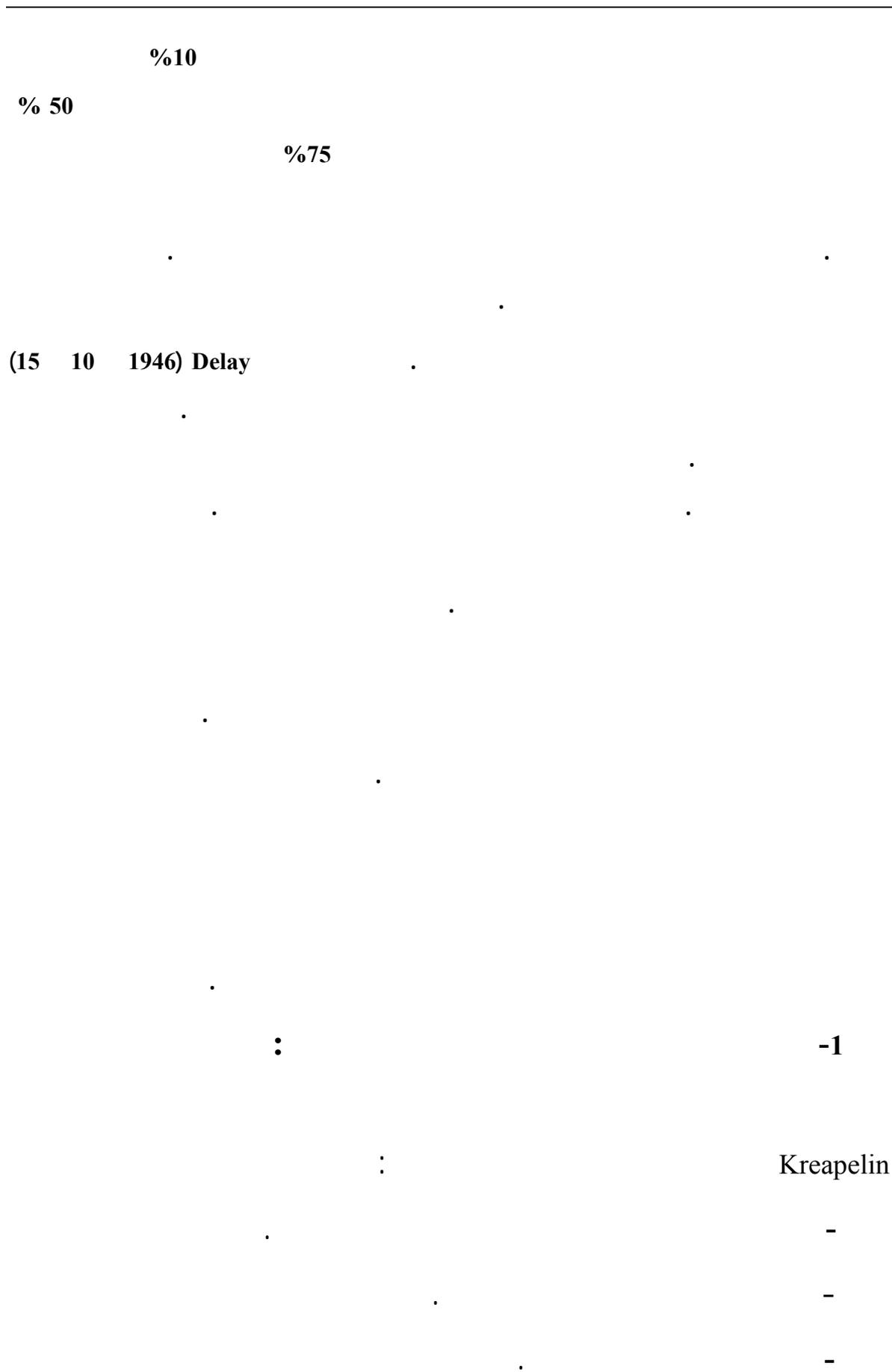
:Contrat thérapeutique

-



. -6
 . 1-6
 . -7
 . 1-7
 . 1-1-7
 . 2-7
 . -8
 . 1-8
 . 2-8
 . 3-8
 . -9
 . 1-9
 . 2-9
 . 3-9
 . 4-9
 . 5-9
 . 6-9
 . 7-9
 . 8-9
 . 9-9
 . 10-9
 . 11-9
 . 2-9
 . 1-2-9
 . 2-2-9
 . 3-2-9

. 4-2-9
. 5-2-9
. -10
. 1-10
. 2-10
. 3-10
. -11
. 1-11
. 2-11
. 3- 11
. 4- 11
. 5-11
. -12
-13
1- 13
1- 13
2- 13
3- 13
4- 13
5- 13
6- 13
7- 13
8- 13
9- 13
10- 13
.



()

(84-75 1973) Perris

:

-2

Hypomaniaque

. 1/2

%5

%1

.(1134 2006 EMC) %10

:Hypomanie

1-2

:

:Cyclothymie

2-2

(1120 2003 APA) :

-3

: Troubles unipolaires

-

Trouble dystymique

-

:

1

-



2

-

3

-

Cyclothymique

-

.

-

.

:

Dysphorique

-

-

-

-

-

:

1-3

.()

:

1-1-3

(1990, CIM 10) Spitzer Feighner

.(1980)

:2000

2-1-3

:

1-2-1-3

.

.

:

-

5

-

-

-1

..

-2

.

-3

.

-4

.

-5

.

-6



			-7
			-8
			-9
.CIM10	(296.3)	DSM	(F32X)
			-
		La rémission	-
			-
		:	-
		:	*
)			
	.Echolalie	Maniérisme	..(
	:		*
:			
			*
			*

:

2-2-1-3

.

.

:

.

-

.

-

.

-

.

-

.

-

.

-

.

.

.

.

.

:

3-2-1-3

:

-4

%5

%50

% 20 .

% 75

60

%3 2,2

%3

%1

.(151 1993 J.P Lepine)

:

1-4

120000

.(09 2001 C.S Peretti)

%30

:

.(37-27 2003 F. Rouillon)

(19-07 1991 . A.Felline)

: 2-5

Hard

.Ruffin et Ferreri

:

-

-

-

-

:

3-5

%10

:

1-3-5

: 2-3-5

D. Widlocher)

.(08-07 1983

: 4-5

: 1-4-5

: 2-4-5

%10

.La réparation

.
:

3-4-5

. %10 .
:

4-4-5

.
.
.
:

5-4-5

La pollakiurie

.
:

6-4-5

.
.
:

7-4-5

.Les paresthésies

: -6

: 1-6

.%80

2003 C.S Mouchaba)

.(29

-

- 7

- 6

80

50 30

6 3

%50 6

-

:Dysthymie

1-7

: Akiskal

, %55

.Keller

:

.Kraepelin

Akiskal

D.F)

.(94 1992 Allilaire

:

1-1-7

)

.(

P.)

.(15 1992 Hardy

: 2-7

: -8

. Hamilton

: 1-8

: 2-8

: 3-8

-9 :

·

:Dépression anxieuse, agitée 1-9

·

:Mélancolie anxieuse 2-9

·

:Dépression hostile 3-9

·

6

·

·

·

⁶- يقصد بالانتقال إلى الفعل le passage à l'acte.

(51-33 1991 A. Feline)

:Dépression ralentie

4-9

- Psychasthéniques

:Mélancolie typique

5-9

.Oméga mélancolique

:Mélancolie délirante

6-9

% 95

Cotard

% 5

7

:Mélancolie stuporeuse

7-9

¹- يقصد بها الفترة التي تفصل بين المراحل المرضية لأن السوداوية ليست متواصلة و إنما تظهر على شكل نوبة.

:Dépression mixte

8-9

:Dépression confuse

9-9

:Dépression saisonnière

10-9

1984 Rosenthal

. 35

% 86

.26

. 5 2

% 66

10 9)

% 97

.(

Praschak -

% 40

8 5

% 40

% 20

Dépression atypique

11-9

(APA-DSM 1980)

APA ,2000 DSM TR

1987

:Formes trompeuses

2-9

:Dépression masquée

1-2-9

(303 1973) Kielholz

Montassut

()

()

:Equivalentes dépressifs

2-2-9

:Dépression pseudo démentielle

3-2-9

.
.
.
(101 1991 J.M Azorin)

:Dépression pseudonevrotique

4-2-9

(10 1990M.Ferreri)

Dysmorphophobie

:Mélancolie souriante

5-2-9

: -10

: 1-10

2003 DSM TR

D.)

.(40 2002 Purper-ouakil

: 2-10

% 15

%64

:

% 50

.(32-09 2003 R.G Klein)

: 3-10

%2 65

.

.

-

.

.

-

.

.

.(112-28 1999 J.P Clement)

:Dépressions de la périnatalité -11

:Dépression prénatale 1-11

%10

.

%.% 40

. % 50 25

.(107-91 2003 M. Ferreri)

:Post-partum blues 2-11

%50

:

.

.()

-

1000 %2
8
Dépression de post-partum précoce 3-11
typique
%2,3

Dépression du post-partum, 4-11
retardée atypique ou dépression maternelle postnatale

Pitt % 10

¹- إحصائيات تخص الدول الأوروبية.

% 30

:Psychose puerpérale

5-11

1000

-

1999 J. Dayan)

.(123 -43

:Dépression de deuil périnatal

6-11

: -12

-

.

.

.

.

.

: -13

15

.

.

.

.

.

.

.

.

.

12

: -14

: -1 -14

% 50 43 .

% 25

Dépression et anxiété généralisée

2-1-14

-

% 17 5

. 20

%13

%

Dépression et stress

2-14

1-2-14

% 8

Dépression et états de stress

6

3-14
post-traumatique

.(199 2001 G. Thomas)

:

4-14

:

5-14

:Trouble schizoaffectif	6-14
.	
.	
Dépression post psychotique précoce	7-14
.	
)	
.(
Dépression post psychotique tardive	8-14
12	
.	
:Dépressions intercurrentes	9-14
.	
-	
.	
% 25	
.	
. 30	

:

10-14

% 20

(175-90 1991 P. Hardy)

.

:

.

-

.

-

.

-

.

-

.

-

-

.

.

.

-

.

.

.

.

.

-

.

-

. -

. Cushing -

.

% 50

.

.(81 1997 J.Ades)

.

.

.

.

.

•

•

•

	.	
	.	-1
	.	1-1
	.	2-1
.		1-2-1
	.	2-2-1
.		-2
. P.M Lewinshorm		1-2
.		-3
	.	1-3
.		2-3
.Young		3-3
	.	-4
.Sulligman		1-4
	.	1-1-4
	.	2-1-4
	.	2-4
.		1-2-4
.		2-2-4
	.	3-2-4
	.	4-2-4
	.	3-4
	.	4-4

.	1-4-4
.	2-4-4
.	3-4-4
.G.H Bower	1-3-4-4
.J.D Teasdal	-2-3-4-4
.Z.V Segal	3-3-4-4

.Conation

.

1960

.

.

.

.

.

: -1

: 2-1

: 3-1

: 1-3-1

.(60 1983 D.Widlocher)

.

.

.

:

2-3-1

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

:

-2

.

.

.

:P.M Lewinshorm

1-2

(40 1974)

()
)

.(

:

-3

:

.

.

:

.

:

:

-1-3

"

.

.

"

.

"

...

"

.

.

.

:

-2-3

.

Beck

.

.

.

Beck

..

.

.

.

.

:

3-3

(589-583 2002 J. Young)

.

/ **1-3-3**

.

/ **2-3-3**

.

3-3-3

:

-

-

-

-

/

4-3-3

5-3-3

(

)

...

/ 6-3-3

()

.

: / 7-3-3

)

(

.

.

...

.

8-3-3

()

.

.

9-3-3

.

.

10-3-3

(...)

.

/

11-3-3

.

.

.

12-3-3

.()

/

13-3-3

)

(...

.

/

14-3-3

.

/

15-3-3

G.Young

.

)

(

.

:

-

.

-

..

-

.

-

-

(...)

: -4

1-4
:(91 1997) M.E.P Seligman)

1975 Seligman

Seligman

: 1-1-4

Seligman

(désappris)

Seligman .

.impuissance apprise

: 2-1-4

Seligman

M.E.P Seligman

M.E.P Seligman 1978

.Abramson Teasdal

M.E.P Seligman

D.S Hiroto

:

.

-

-

.

-

.

.

.

:

.

:

-

.

.

:

-

:

-

.

.

:

.

:

-

.

:

-

.

:

-

D.S Hiroto

Indépendants

Dépendants

:Beck 2-4

: 1-2-4

Beck

Triade cognitive

:

2-2-4

:Evénements cognitifs

3-2-4

Freud

(10 1989) P. Janet

:

4-2-4

()

()

Abstraction arbitraire

Abstraction sélective

Sur généralisation

Magnification

et la minimisation

Personnalisation

:Constructivisme

3-4

Liauti

."

"

Attachement précoce

Guidano

:

4-4

:

1980 Zajonc

Lazarus

Zajonc

:Lazarus

:

1-4-4

.

.

:

2-4-4

.

.

.

:

3-4-4

.

.()

.

(90 2002) A. Chanouf

:

.

-

.

-

-

.

-

.

:1981 G.H Bower 1-3-4-4

G.H Bower

(nœuds)

:J.D Teasdal 2-3-4-4

J.D Teasdal

J.D Teasdal

"...

:Z.V Segal 3-3-4-4

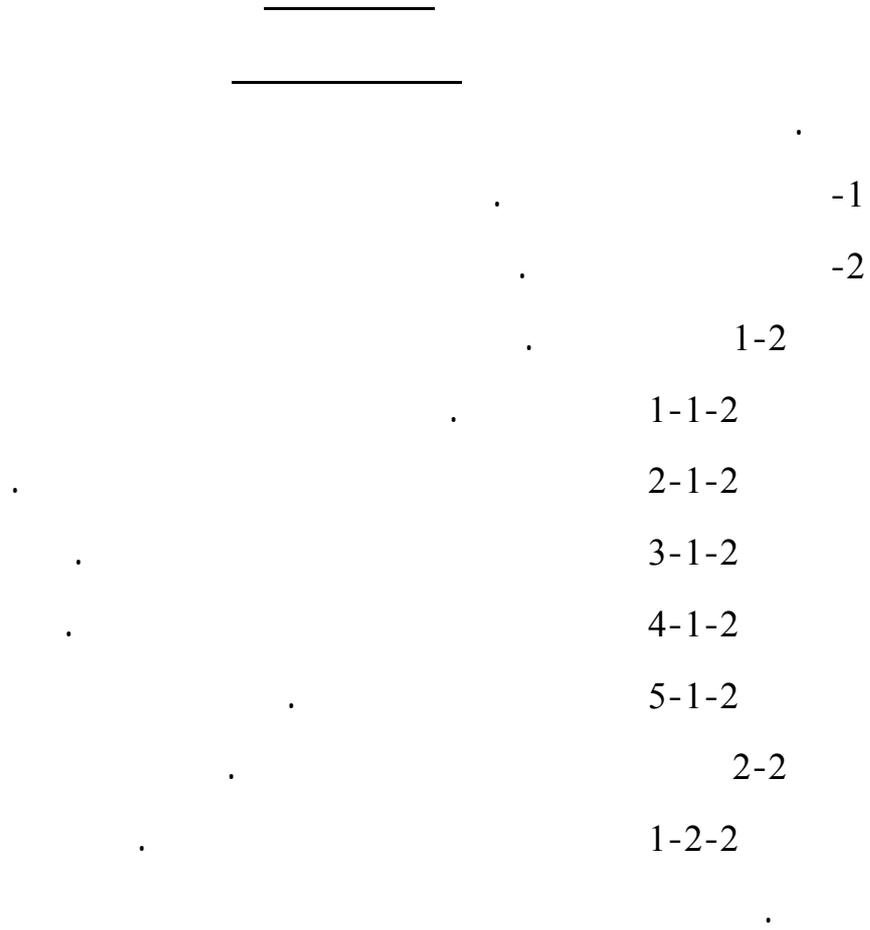
(30 2001) Z.V Segal



.

.

.



400

1982

H.Kind

.2007

:

-1

"

(32 1978) J.Guyotat

"

J.Postel

(385 1993)

(385 1993) N. Senllinkoff

Stotzska .

W.Huber

:

-

-

-

.

-

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

300

250

250

:

-2

Pierre Janet

1977 Bandura 1975 Wolp 1968 Skinner
: .(09 1984 J. Fontaine) 1979 Beck

. -

. -

. -

: **1-2**

)

.(

: **1-1-2**

: **2-1-2**

)
(

)

(..

1930

:

3-1-2

100 0 : .l'extinction -

: 4-1-2 -

Modeling -

()
)
.(

Paradoxe de Bandura

: 5-1-2

.

.

.

:

2-2

.

(41 2002 D. Nollet) le traitement de l'information

()

.

.

.(14 1993 C.S Mirabel Serron)

:

1-2-2

:

.

.

-

.

-

.

-

:

.

-

.

-

.

-

-

.

.

-

.

-

.

-

.

-

.

-

.

.

.(1993 F. Sartorius)



	.	-6
	.	1-6
	.	2-6
	.	3-6
.		-7
	.	1-7
.		2-7
	.	3-7
	.	4-7
	.	5-7
.		-8
.		1-8
	.	2-8

%22

%78

%36

%5

%68

%16

.1986

Simon 1984

Murphy

.(223 1993 W. Huber)

)

(

:

-1

.(91 -57 1997 J. Cottraux I.M Blackburn)

20 15

-

-

-

.

.

: **3-1-3**

.

.

.

.

.

.

.

.

.

)

.

: **4-1-3**

.

.

.

: **5-1-3**

.

.

()

.()

:

.

-

.

-

.

.

.

-

.

.

..

.

-

.

.

-

:Feed back 8-1-3

.

.

: -4

.

.

:
.
:
.
.
.
.
:Plans de travail

-
-
-
2-1-4

: 3-1-4

5 0 () ()

: 4-1-4

:Efficacité personnelle -5

:

. -
.Distraction -

: -1-5

: 2-5

Pignatiello

1986

: 3-5

: -6

.

.

-

.

-

.

-

.

-

.

-

.

-

.

-

.

-

:

1-6

.

.

.

.

.

.

:Imagerie mentale

2-6

.(

)

:

3-6

.()

.(100 0) .

.(100 -0) (100 -0) -

:Examiner l'évidence

1-7

:

2-7

:

3-7

:

4-7

:

5-7

...

:

1-8

.

.

.

...

:

.

-

.

.

-

.

-

.

-

:

2-8

.

.

.

.

.

() ()

.

.



	.	-1
	.	-2
.C.G Jung	1-2	
	.	-3
	.	1-3
.G. Allport	1-1-3	
.R. Cattell	2-1-3	
.H. Eysenck	3-1 -3	
	.	-4
	.J. Kagan	1-4
	.J. Strelau	2-4
	.C.R Collinger	3-4

-1

-2

-3

:01

	Lington 1945
	1950 Eysenck
	1955 Kelly
	1966 Beyrne
	Nuttin 1968
	Beck et 1990 Freeman
	1993
	Cottraux et Blackburn 1995

:

-

.

.

-

.

-

.

:

:

.()

:

.()

:

.

:

.

.

.

.

.

.	.		
.	.	- .	
.	.	- .	humaniste
	.	.	.

: -2

400) .

(

1925 .

1954

:

: 03

:04

.	

E. Kretschmer

:05

.	.	Asthénique Pycnique Athlétique Dysplastique

W.H Sheldon

:06

.	.	Endomorphie Ectomorphie Mesomorphie

:C.G Jung

1-2

C.K Briggs

"

" C.G Jung

(1976) I.Briggs Myers

.	.	-
.	.	-
.	.	-
.	.	-
.	.	-
.	.	-
.	.	-
.	.	-

.

: -3

: 1-3

.

.

.

:G. Allport 1-1-3

1919 Gordon Allport

1936 .

18000

H.S.Odbert

Allport

G. Allport

.(591 1998)

G. Allport

G. Allport

G. Allport

:(1990-1970-1965-1950) Raynond Cattel 2-1-3

R. Cattel G. Allport

R. Cattel

20

R. Cattel

R. Cattel

R. Cattel

				-
			.	
	(1990)	Plowin		-
			.	
				-
OCEAN	"	"		
	.(Neurotisme, Altruisme, Extraversion, Contrainte Ouverture)			
	:	1993 Goldberg	1990 Digman	
.				-1
	.			-2
	.			-3
	.			-4
	.			-5

.

" M. Mish

M. May H. Hartshone ."

.

.

.

: -4

:J. Kagan 1-4

1962 J. Kagan

(477 1997 D.G Myers)

: J. Strelau 2-4

J. Strelau

J. Strelau 1983

(Strelau Temperament Inventory STI)

:

: -1

: -2

: -3

: C.R Collinger 3-4

(1987) C.R Collinger

:

C.R Collinger :08

	Dopamine	. -1
	Sérotonine	. -2
	Noradrénaline	. -3

(1993) C.R Collinger

:

:

les aires corticales

.sensorielles

:

.cortico-limbo-diencéphalique

	.
.K. Shneider	-1
.DSM IV	-2
.	-3
.	1-3
.	2-3
.	3 -3
.	4-3
.	5-3
.	6-3
.	7-3
.	9-3
.	10-3
.	11-3
.	12-3

()

:K. Shneider

-1

k.Shneider

" :

"

:

K. Shneider

:09

	-1
	-2
	-3
	-4
	-5
	-6
	-7
	-8
	-9
	-10

K. Shneider

.K. Shneider

:(1994) DSM IV

-2

():

.

:

.

.

-

-

.

-

.

.(1992) CIM 10

CIM

10

.

. ()
.() ()
.()

: -3

Myers et coll

	%4	%2			
				.	
			%13		
%10					.
					.
					.De Giralmo et Reich
					.
					:
				%07	%04
					-
			.%05	%07	-
				%04	%0.5
					-
		.%49	%06		-
					.
					%2
					-
	.%4		5		-
					-
.%4	%1				-
					.
				.%1	-
					-
				.%15	-
					-
			%4	%2	-
					.
					5

:

1-3

.

.

.

.

.

:

2-3

-

:

-1

.

-2

.

-3

.

-4

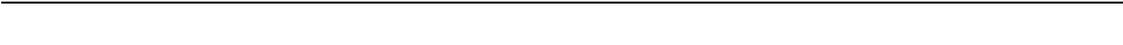
.

-5

.

-6

.



.	()	-7
			-
.			:
	.	:	(
)
	.		:
			3-3
			-
		.	:
.			-1
		.	-2
	.		-3
		.	-4
	.		-5
		.	-6
		.	-7
			-
.			:
.			:

4-3

-

-1

).

-2

-3

-4

-5

-6

-7

-

:

5-3

-

:

-1

.

3

15

	:	-4
	.	
.5	:	
.		-5
)	-6
.(
.		-7
)		-8
	.(
.		-9
	:	7-3
	:	
		-1
		.
.		-2
	.	-3
	.	-4
	.	-5
	.	-6
	.	-7
	.	-8

: 8-3

) -1
.(

-2

.
() -3

-4

: -5

: -6

: -7

-8

-9

: 9-3

.
:

	-1
.	-2
.	-3
.	-4
.	-5
.	-6
.	-7
.	
:	10-3
.	
:	
.	-1
.	-2
.	-3
.	
)	-4
(
.	-5
.	

-6

-7

-8

11-3

-1

-2

-3

-4

-5

-6

-7

-8

Collinger

. -1
. 1-1
. 2-1
. 1-2-1
. 2-2-1
. 3-1
. 1-3-1
. 1-1-3-1
. 2-1-3-1
. 1-2-1-3-1
. 2-2-1-3-1
. 3-2-1-3-1
. 4-2-1-3-1
. -2
. 1-2
. -3
. 1-3
. 2-3
. 3-3



. 1-3-3

. 2-3-3

. 3-3-3

. 4-3-3

. 5-3-3

. - - -4

.SCID II -5

. -6

: -1

: 1-1

" "

20

" "

" "

" "

)

.(

: 2-1

" "

"

"

" "

" "

“ ”

“ ”

)

(

1-2-1

“ ”

2-2-1

“ ”

2000 1999

.2003

“ » 2004

(sclérose en plaques)

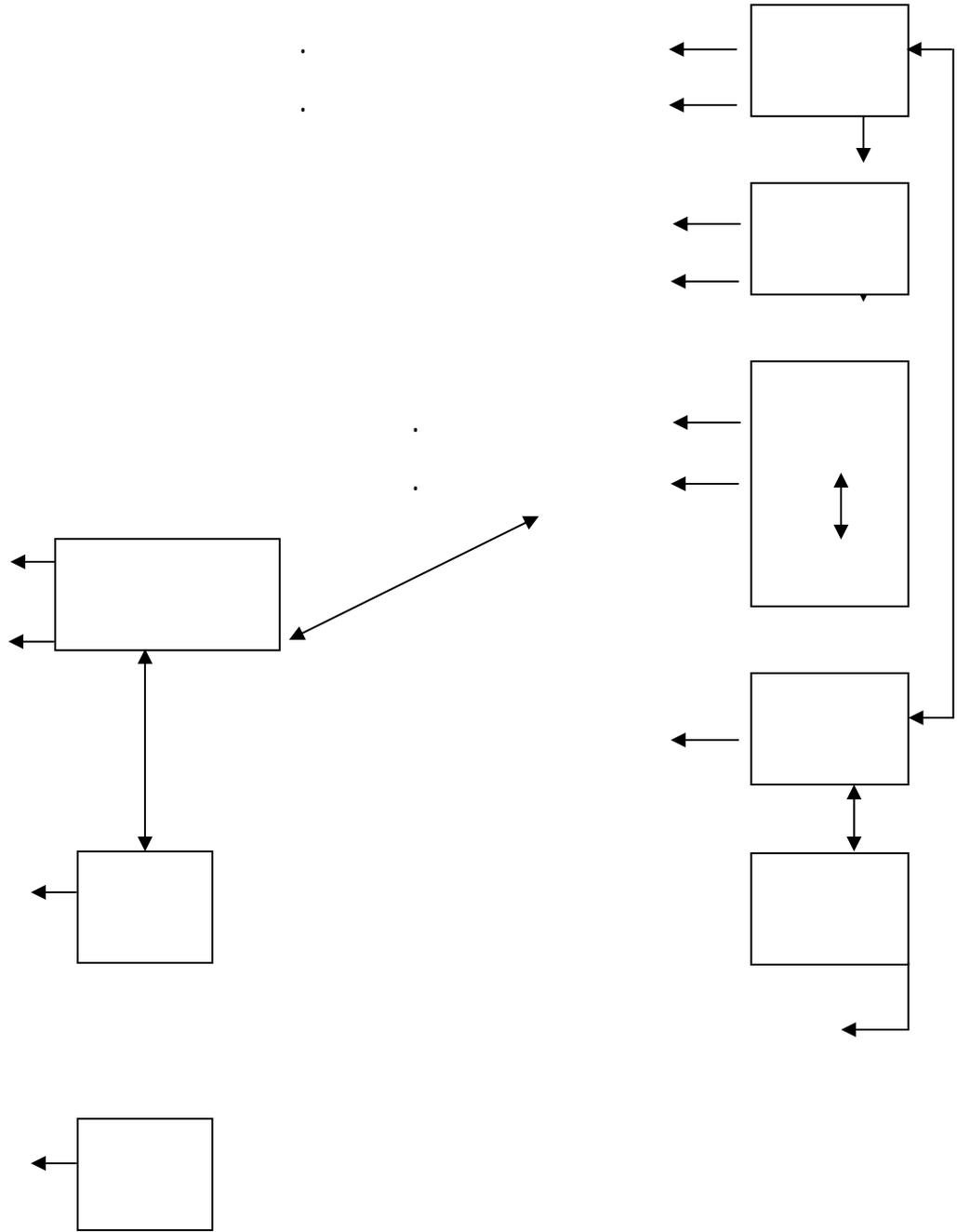
: 1-3-1

: 1-1-3-1

SECCA

J. Cottraux SECCA :11

" "



: 2-1-3-1

: 1-2-1-3-1

:

77 -

" "

" "

.

.

" "

.

:

.

.

.

" "

.

.

.Déroxat – anafranil:

: -2

: 1-2

" "

.

:

: -3

: 1-3

" "

.

.

:

" "

.

-

" "

-

" "

-

.

:

2-3

.

" "

.

.

" "

.

:

-3-3

.

.

.

.

: 1-3-3

.
-
-
-
-
"

" "

SECCA

" - " "

" "

" "

"

"

" »

"

:

-

-

-

-

" "

" " "

" "

"

:13

	(/
%80	(%70	

''

:

Pensées alternatives

:

:

:14

%20		%80	%70	

:

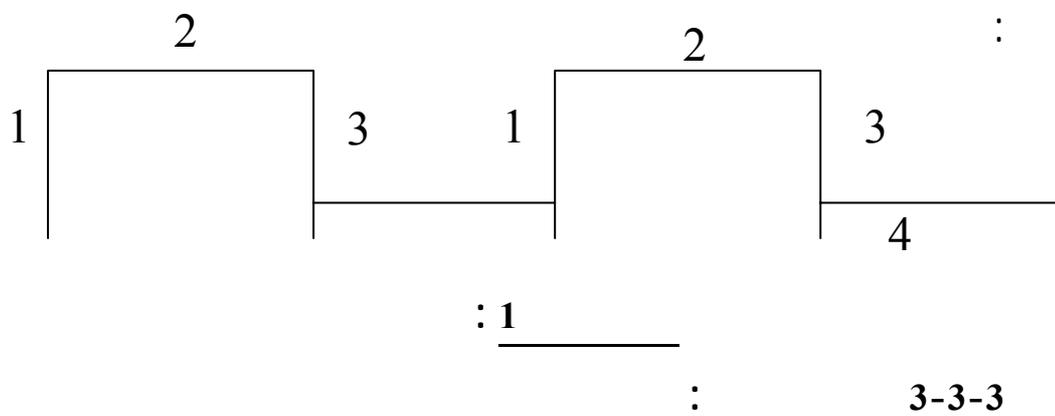
-

« ici et maintenant »

-

:

-



⁹- كل طرق الاسترخاء تعمل على تحرير الجسم من الضغوط.

	()	-
		-
" "		-
	:	4-3-3
	" "	
	:	
10		.PIC/ POC
(PIC)		
	.(POC)	
		:
	.(PIC)	-
		-
	.(POC)	-

¹⁰ - اكتشفها D.B Wrus و وصفها في كتابه Feeling good, New York, William Morrow 1980 و هي مشتقة من Task inhibition cognition and task oriented cognition و قام بترجمتها إلى الفرنسية J. Cottraux et pensée orientantes vers les conduites. pensées inhibantes les conduites

''

-

().

POC/PIC : 15

-	POC			PIC
-	.			

: ''

.

-

PIC/POC

-

.

-

''

''

/

:

''

''

''

.

.

“ ”

:

:16

.			

:

5-3-3

“ ”

.

“ ”

.

SCID II

.

:

4 =

. 4 16

. 5 20

.11 8

: - -

-4

:

.

:

-1

-2

-3

-4

-5

-6
-7
-8
-9
-10
-11
-12
-13
-14
-15
-16
-17
-18
-19
-20
-21
-22
-23
-24
-25
-26
-27
-28
-29
-30
-31
-32
-33
-34
-35
-36
-37
-38

()

-39

-40

-41

-42

-43

-44

-45

-46

-47

-48

-49

-50

-51

52

-53

-54

-55

-56

-57

-58

-59

-60

-61

-62

-63

-64

-65

-66

-67

-68

-69

-70

-71

-72
-73
-74
-75
76
-77
-78
-79
-80
-81
-82
-83
-84
-85
-86
-87
-88
-89
-90
-91
-92
-93
-94
-95
-96
-97
-98
-99
-100

:SCID II

-5

:

-1

-2

-3

-1

-2

-3

-4

-5

-6

-7

-8

-9

-13

-14

-15

-16

-17

() ()

-18

-19

-20

-21

-22

-23

-24

-25

" "

-26

-27

-28

-29

-30

-31

-32

-33

-34

-35

-36

-37

-38

-39

-40

-41

-42

-43

-44

-45

-46

-47

-48

-49

-50

-51

-52

-53

-54

-55

-56

-57

-58

-59

-60

-61

-62

-63

-64

-65

-66

-67

-68

-69

-70

-71

-72

-73

-74

-75

-76

-77

-78

-79

-80

-81

-82

-83

-84

-85

-86

-87

-88

-89

-90

-91

	-92
	-93
	-94
	-95
	-96
	-97
	-98
	-99
	-100
	-101
	-102
	-103
	-104
15	-105
15	-106
15	-107
15	-108
15	-109
15	-110
15	-111
15	-112
15	-113
15	-114
15	-115
15	-116
15	-117
13	-118
13	-119

: -6

" "

" "

.(SCID II)

23 : -1
: 1-1
" "

19

: 2-1
" "

·
"·
"
·
:
" "
" "
1-2-1

.()

·
·
·
:
2-2-1

·
"
·
"
·
" "
·

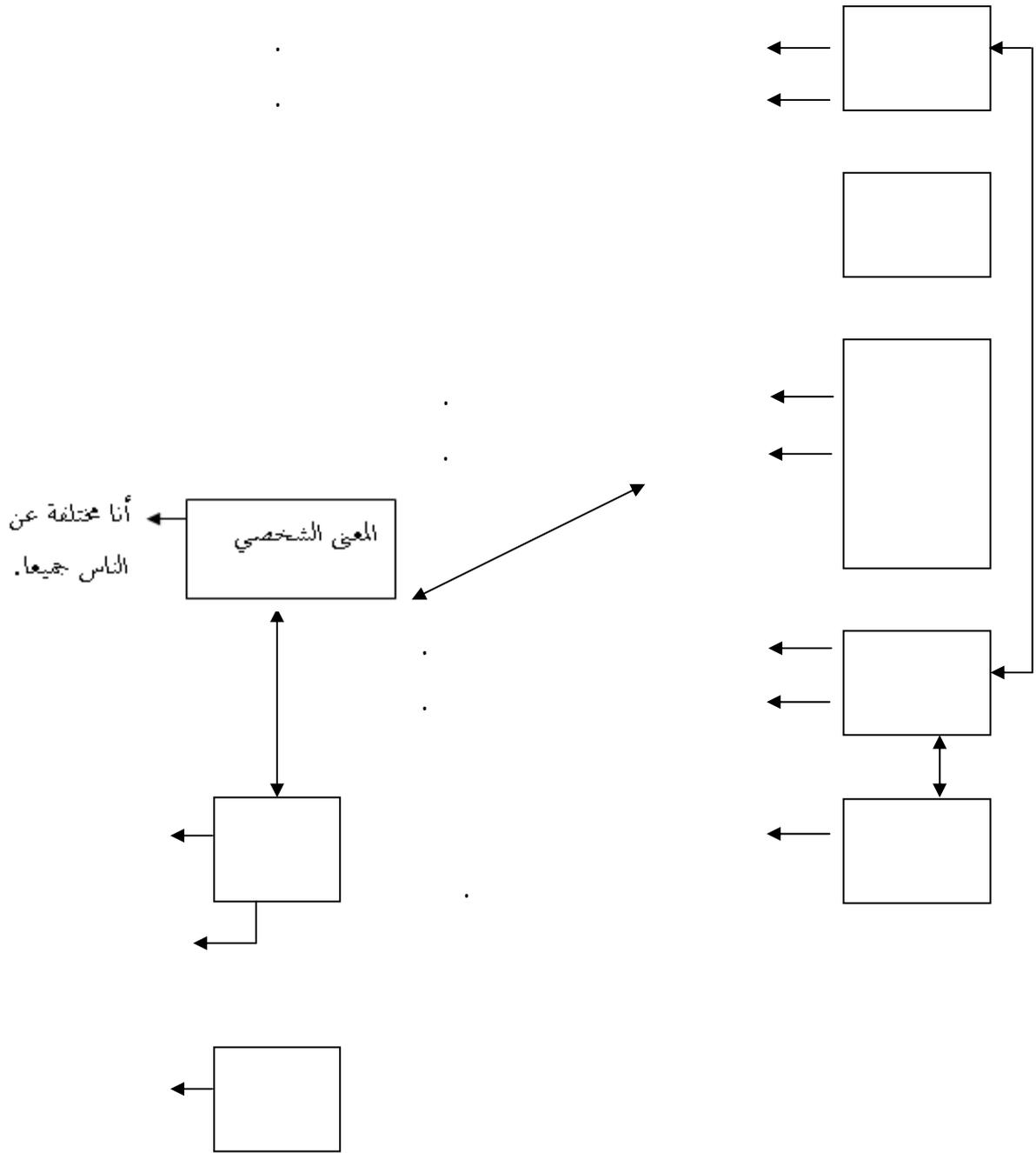
: 3-1
" "

.SCID II
:

:
F605 : .F322 -

:
51 :

: 1-3-1
: 1-1-3-1
SECCA
:



: 2-1-3-1

: 1-2-1-3-1

: 2-2-1-3-1

-

.

-

.

.

" "

-

: 3-3-3-1

-

-

. Remeron. Anafranil : 4-3-3-1 -

: -2

: 1-2

:

-

-

: -3

: 1-3

" "

.

: 2-3

: " "

-

-

. /

-

.

-

.

-

/

-

.

/

: 3-3

" "

:

.

.

: 1-3-3

-

.

-

.

-

. feed back

" "

-

" "

.

:

2-3-3

()

() " "

.

" "

.

:18

							/
							10-9
							11-10
							12-11
							14-13
							15-14
							16-15
							17-16
							18-17
							19-18
							20-19
							21-20
							22-21

” ”

” ” .

” ”

:19

.	-
.	-

” ”

” ”

” ”

()

” ”

:

.

.

-

-

-

“ ”

:

:20

) (/
.	.	

“ ”

“ ”

“ ”

:21

			/
%80	-	-	-
%90	-	-	-
%50	-	-	-

" "

.

.

-

.

-

:

-

.

-

" "

.

" "

" "

Avantages de la pensée/désavantages de

/

:

" "

la pensée

/ :22

%30	%80.	.
%60.	%50.	.

" "

:

:

" "

:

" "

/ /

/ :23

%.80	%.50	
%.20	%.20	
100%:	%.70 :	

“ ”

： -3-3-3

()

“ ”

“ ”

： 4-3-3

)

(coping

:24

“ ”

:

:25

.			parfaite

“ ”

:

.

:26

.	.	.	.

:

-5-3-3

“ ”

.

.

.

: -

-

-4

.

:

.

.

:

-1
-2
-3
-4
-10
-11
-12
-13
-14
-10
-11
-12
-13
-14
-15
-16
-17
-18
-19
-20
-21
-22
-23
-24
-25
-26
-27
-28
-29
-30
-31
-32
-33

()

-34

-35

-36

-37

-38

-39

-40

-41

-42

-43

-44

-45

-46

-47

-48

-49

-50

-51

52

-53

-54

-55

-56

-57

-58

-59

-60

-61

-62

-63

-64

-65

-66

-67

-68

-69

-70

-71

-72

-73

-74

-75

76

-77

-78

-79

-80

-81

-82

-83

-84

-85

-86

-87

-88

-89

-90

-91

-92

-93

-94

-95

-96

-97

-98

-99

-100

:SCID II

-5

:

-1

-2

-3

-10

-11

-12

-13

-14

-15

-16

-17

-18

-13

-14

-15

-16

-17

() ()

-18

-19

-20

-21

-22

-23

-24
-25
-26
-27
-28
-29

-30
-31
-32
-33
-34
-35
-36
-37
-38
-39
-40
-41
-42
-43
-44
-45
-46
-47
-48
-49
-50
-51
-52
-53
-54
-55

" "

-56

-57

-58

-59

-60

-61

-62

-63

-64

-65

-66

-67

-68

-69

-70

-71

-72

-73

-74

-75

-76

-77

-78

-79

-80

-81

-82

-83

-84

-85

-86

-87

-88

	-89
	-90
	-91
	-92
	-93
	-94
	-95
	-96
	-97
	-98
	-99
	-100
	-101
	-102
	-103
	-104
15	-105
15	-106
15	-107
15	-108
15	-109
15	-110
15	-111
15	-112
15	-113
15	-114
15	-115
15	-116
15	-117
13	-118
13	-119

: -6

"

-

.

" "

(SCID II)

.

: - 1

: 1-1

:

40

" "

.

.

.

.

.

.

.

.

.ITE

.

.

21

" "

20

.

" "

.

.

19

.

:

2-1

" "

.

.

"

"

.

"

“ ”

”

”

” ”

”

”

”

:

1-2-1

” ”

” ”

” ”

” ”

” ”

”

” ”

”

”

”

: 2-2-1

" "

"

" "

"

: 3-1

.F333

.(SCID II)

:

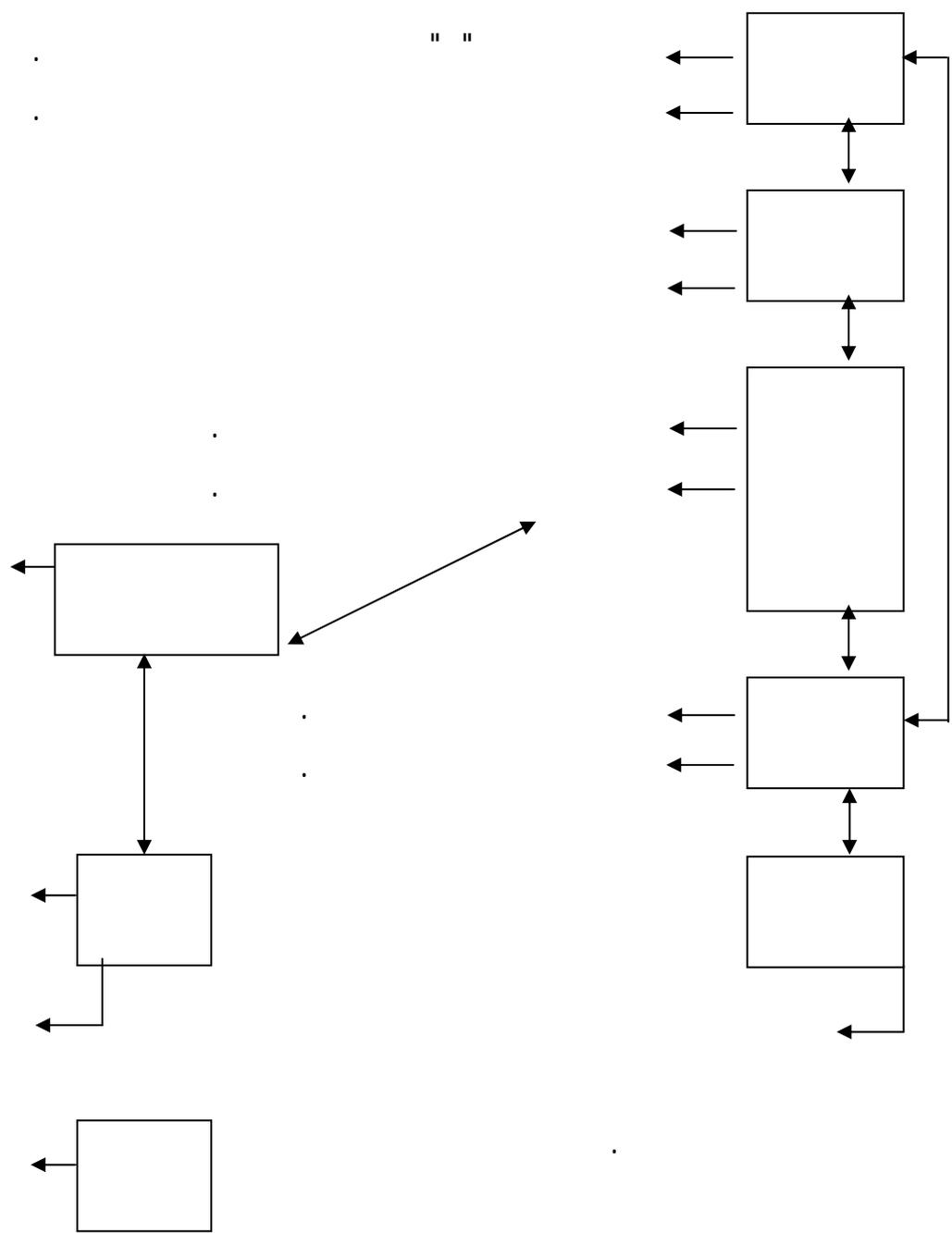
: 1-3-1

: 1-1-3-1

.SECCA

J. Cottraux SECCA :27

" "



: 2-1-3-1

: 1-2-1-3-1

: 2-2-1-3-1

. -

) " " -

.(

: 3-2-1-3-1

. -

. -

.Clomopramine-Mirtazapine-Lorazepane: 4-2-1-3-1

: -2

: 1-2

-

. :

: - 3

: 1-3

() " "

.

.

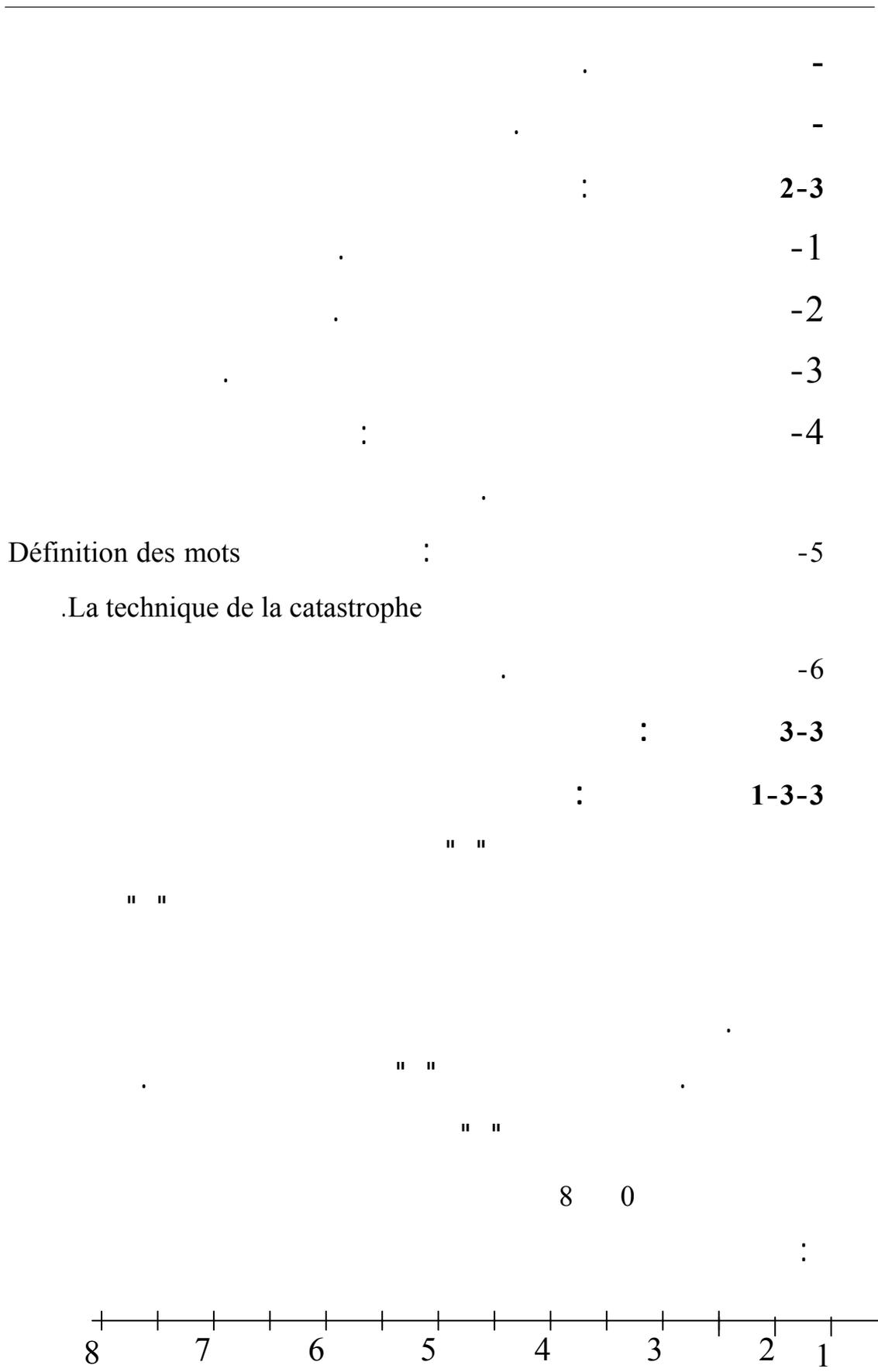
"

"

:

" "

. -

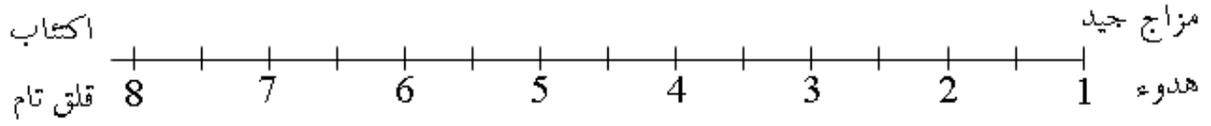


” ”

:

:28

2	3	3		
2	3	3	4	
2	3	3	4	
2	3	5	5	
5	6	6	6	
1	3	4	4	
0	1	2	1	



” ”

“ ”

“ ”

.

.

:

2-3-3

“ ”

.

“ ”

“ ”

“ ”

.

.

:

: 29

" "

A.Beck

" "

.

.

.

:

.

-

.

-

-

.

"

"

.

:

" "

:

:

:30

.		

" "

:

:

.

-

.

-

.

" "

.

" "

.

" "

:31

		/
70 %	%70	.

:

:32

			/
%80		%70	

" "

:()

:33

			/
-0 100		100 -0	

				/
%20 %20	100	.	%80	.

" "

:" "

:

:" "

:

:" "

:

:" "

:

:" "

:

：“ ”

：

：“ ”

：

：“ ”

： 3-3-3

“ ”

)

“ ”

.(

.

：

4-3-3

“ ”

“ ”

:35

		/
		.

：

“ ”

“ ”

：“ ”

:" ""

:

:" "

:

:" "

:

:" "

.....

:

:

5-3-3

" "

: - -

-4

:

:

-1

-2

-3

-4

-5

-6

-7

-8

-9

-10

-11

-12

()

-13

-14

-15

-16

-17

-18

-19

-20

-21

-22

-23

-24

-25

-26

-27

-28

-29

-30

-31

-32

-33

-34

-35

-36

-37

-38

-39

-40

-41

-42

-43

-44

-45

-46

-47

-48

-49

-50

-51

52

-53

-54

-55

-56

-57

-58

-59

-60

-61

-62

-63

-64

-65

-66

-67

-68

-69

-70

-71

-72

-73

-74

-75

76

-77

-78

-79
-80
-81
-82
-83
-84
-85
-86
-87
-88
-89
-90
-91
-92
-93
-94
-95
-96
-97
-98
-99
-100

:SCID II -5

:

-1
-2
-3
-4
-5
-6

-7

-8

-9

-10

-11

-12

-13

-14

-15

-16

-17

() () -18

-19

-20

-21

-22

-23

-24

-25

" " -26

-27

-28

-29

-30

-31

-32

-33

-34

-35

-36

-37

-38

-39

-40

-41

-42

-43

-44

-45

-46

-47

-48

-49

-50

-51

-52

-53

-54

-55

-56

-57

-58

-59

-60

-61

-62

-63

-64

-65

-66

-67

-68
-69
-70
-71
-72
-73
-74
-75
-76
-77
-78
-79
-80
-81
-82
-83
-84
-85
-86
-87
-88
-89
-90
-91
-92
-93
-94
-95
-96
-97
-98
-99
-100

	-101
	-102
	-103
	-104
15	-105
15	-106
15	-107
15	-108
15	-109
15	-110
15	-111
15	-112
15	-113
15	-114
15	-115
15	-116
15	-117
13	-118
13	-119
:	-6

" "

.

(SCID II)

: -1

: -1-1

37

" "

.

.

.

"

"

.

(16)

.

.

15

.

" "

" "

.

.

"

" "

"

: 2-1

" "

.

“ ”

“ ”

“ ”

:

1-2-1

“ ”

“ ”

“ ”

“ ”

“ ”

“ ”

“ ”

”

:

2-2-1

“ ”

“ ”

“ ”

“ ”

“ ”

“ ”

“ ”

:

3-1

“ ”

“ ”

“ ”

-

-

-

-

-

. " " : " "
 . " " : " "
 . " " : " "
 . " " : " "
 . " " : " "
 . " " : " "
 . " " : " "

.21

.F341 :
 : F604 :
 . -
 . -
 . -
 . -
 . -
 . :
 . :
 . :

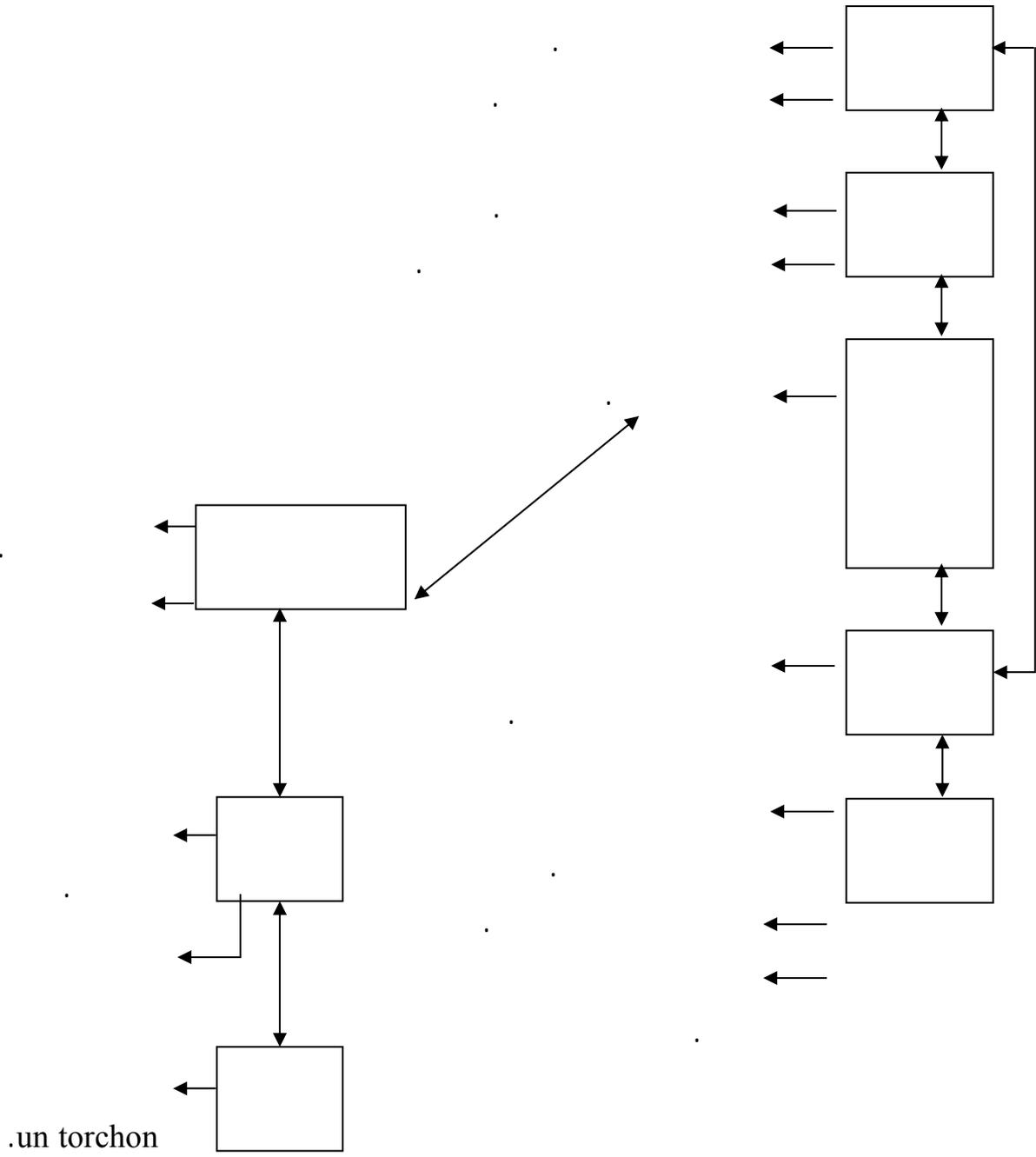
56 :

: 1-3-1
 : 1-1-3-1

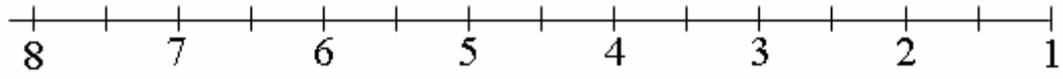
SECCA

" "

.



	:	2-1-3-1
	:	1-2-1-3-1
	:	2-2-1-3-1
.	.	61 -
.	(" ")	
.	.	65 -
	.	" "
	.	" " -
	.	
	:	3-2-1-3-1
" "	.	-
.	.	
.Paroxetine – Zolpidem:	.	4-2-1-3-1
	:	-2
	:	1-2
	" "	
.	.	
	:	-3
	:	1-3
	" "	
.	.	
.	.	
:	" "	



" "

"

"

:

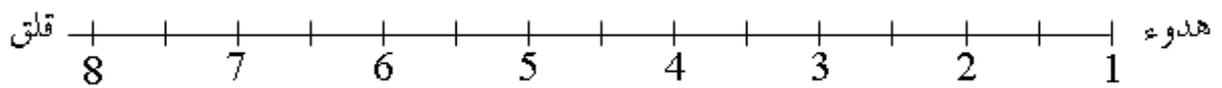
2-3-3

" "

:

:37

4	5	6	7	
3	5	5	5	
3	5	5	4	
6	6	6	4	
1	2	2	4	
1	2	2	4	



“ ”

.

:

:38

							/
	“	”					10-9
	“	”					11-10
		”					12-11
							13-12
							14-13
							15-14
							16-15
							17-16
							18-17
							19-18
							20-19
							21-20
							22-12

“ ”

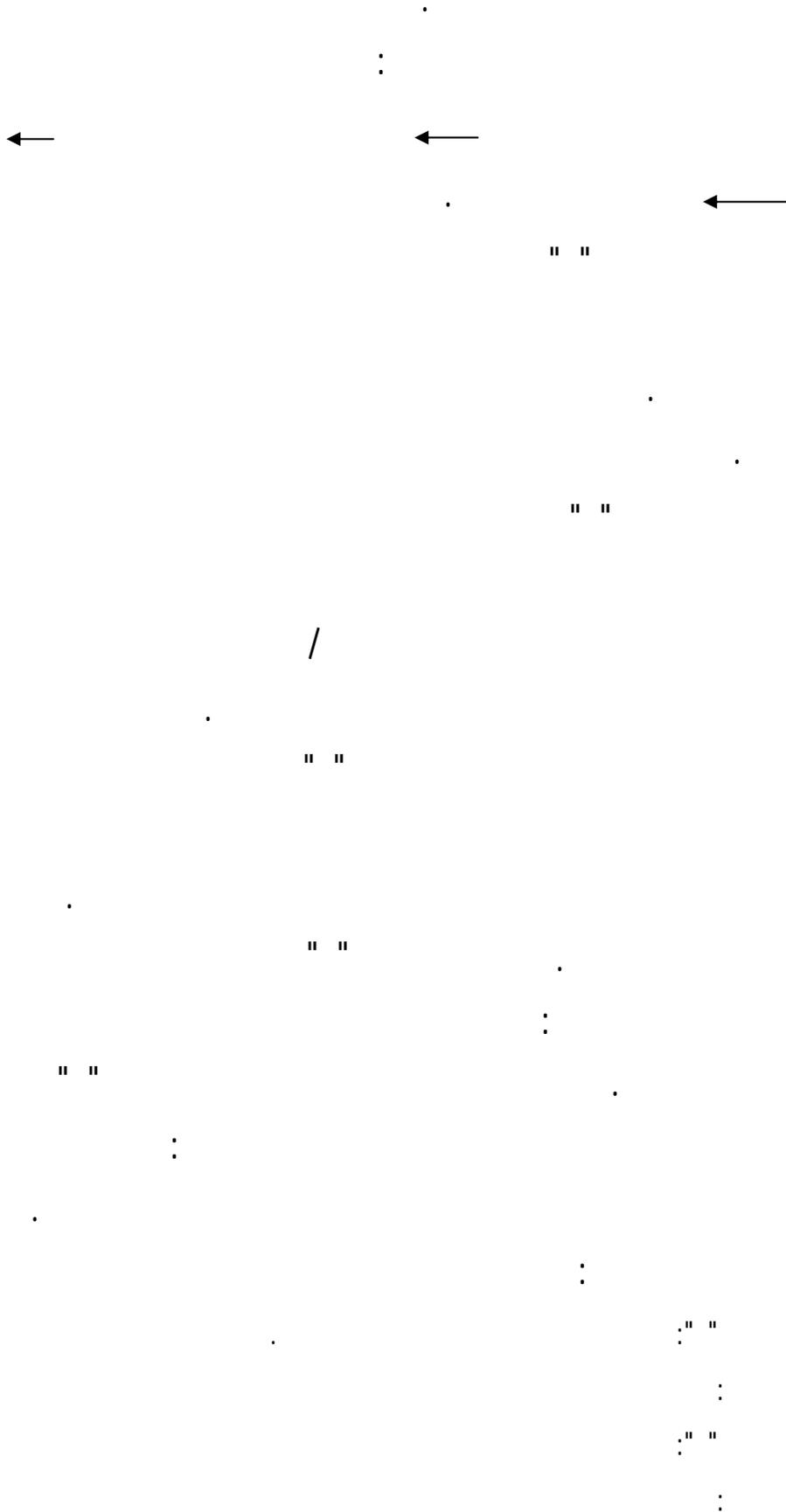
“ ”

.

.

/

:



“ “ “ ” :

· :

:40

		/
70%		

：“ ”

-
-
·
-
-
-
-

/ /

“ ”

:

:41

			/
%60		%70	.
%60	.	%50	.
%80	.	.	.

" "

:

:" "

:

:" "

:

:" "

:

:

:" "

:

:" "

:

:" "

:

:" "

:
.%90 : " "

:
.%10 : " "

" "

" "

Réattribution des causes

.
:
:" "
:
:" "
" "

" "

...

:
:" "
:
:" "

:
:" "

.%5 : " "
:

:

" "

. /

-

.

-

.

-

:

-

-

-

-

" "

.

.

:" "

:

.

:

.

:" "

:

()

:" "

:

.

:" "

" "

" "

. : 3-3-3

. :
" " -

. " "

/ . /

" "

" " -

. -
.

" "

()

. : 4-3-3

“ ”

.

.

.

.

“ ”

-

“ ”

.

-

:

“ ”

.

:

“ ”

.

:

“ ”

“ ”

.

“ ”

:

:42

.	.	.	.

:

“ ”

-

.

-
-
-

" "

"

" " "

" :

:" "

:

:" "

:

:" "

:43

" "

.SCID II



∴ - - -4

. :

. :

-1

-2

-3

-4

-5

-6

-7

-8

-9

-10

-11

-12

-13

-14

-15

-16

-17

-18

-19

-20

-21

-22

-23

-24

-25

-26

() -27

-28

-29

-30

-31

-32

-33

-34

-35

-36

-37

-38

-39

-40

-41

-42

-43

-44

-45

-46

-47

-48

-49

-50

-51

52

-53

-54

-55

-56

-57

-58

-59

-60

-61
-62
-63
-64
-65
-66
-67
-68
-69
-70
-71
-72
-73
-74
-75
76
-77
-78
-79
-80
-81
-82
-83
-84
-85
-86
-87
-88
-89
-90
-91
-92
-93

-94
-95
-96
-97
-98
-99
-100

:SCID II -5

:

-1
-2
-3
-4
-5
-6
-7
-8
-9
-10
-11
-12
-13
-14
-15
-16
-17
-18
-19

() ()

-20

-21

-22

-23

-24

-25

" "

-27

-28

-29

-30

-31

-32

-33

-34

-35

-36

-37

-38

-39

-40

-41

-42

-43

-44

-45

-46

-47

-48

-49

-50
-51
-52
-53
-54

-55
-56
-57
-58
-59
-60
-61
-62
-63
-64
-65
-66
-67
-68
-69
-70
-71
-72
-73
-74
-75
-76
-77
-78
-79
-80
-81

-82
-83
-84
-85
-86
-87
-88
-89
-90
-91
-92
-93
-94
-95
-96
-97
-98
-99
-100
-101
-102
-103
-104
15 -105
15 -106
15 -107
15 -108
15 -109
15 -110
15 -111
15 -112
15 -113
15 -114

15 -115
15 -116
15 -117
13 -118
13 -119

: -6

" "

-

.

. (SCID II) ()
()

: -1

: 1-1

54 " "

"

"

"

"

15

" "

10

" "

" "

" "

"

"

: 2-1

" "

"

"

“
.”

”

.”

”

”

.”

”

”

”

.”

” ”

23

:

1-2-1

” ”

.”

.”

”

”

.”

.”

”

.”

”

:

2-2-1

” ”

.”

”

”

.”

“ ”

: 3-1

“ ”

“ ”

“ ”

“ ”

“ ”

“ ”

“ ”

“ ”

“ ”

.F341

:

:

“ ”

:

:

53

“ ”

:

: 1-3-1

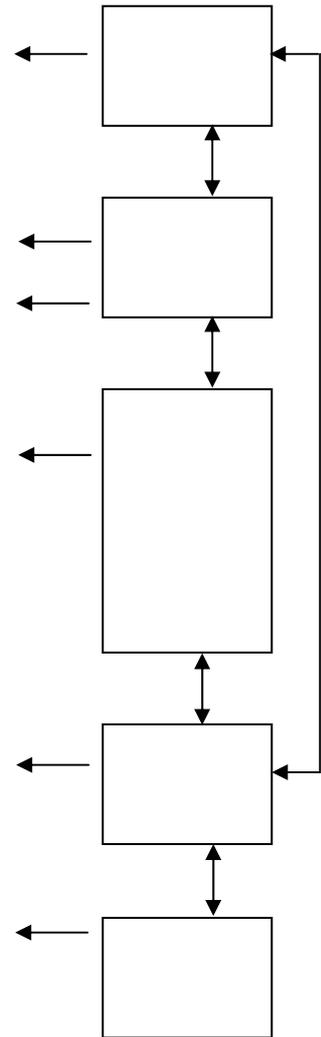
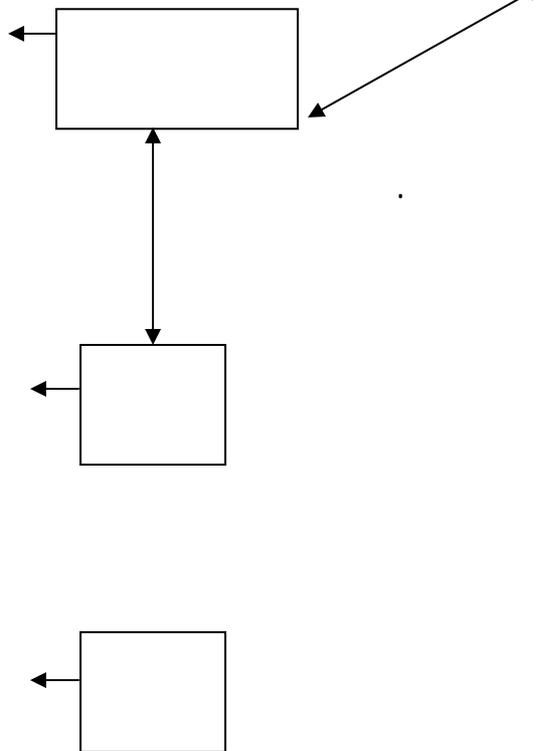
: 1-1-3-1

SECCA

" "

J. Cottraux SECCA :44

" "



	:	2-1-3-1
	:	1-2-1-3-1
	:	2-2-1-3-1
.	70	-
	.	
.	75	-
	" "	-
	:	3-2-1-3-1
	.	
Clomipramine--mirtazapine:		3-2-1-3-1
	:	-2
	:	1-2
	.	
	:	-3
	:	1-3
	" "	
" "	.	
	" "	
	.	
	:	
	.	-
	.	-

.() -

: 3-3

" "

:

.

.

-

.

-

.

-

" "

-

" "

:

.

:

:45

.	- - -

0

.

8

:

:46

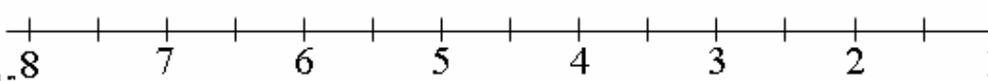
2	5	4	8	
2	4	6	6	
2	3	4		
2	6	8	5	
1	4	6	6	
1	2	3	4	
0	2	2	3	

: " "

اكتتاب

حاد

قلع كبير



مزاج جيد

هدوء

-

.

-

" "

:

2-3-3

" "

. .
" "

" "

" "

:

.

-

.

-

.

-

" "

:

:

:47

.	-
.	-
.	-
.	-

:48

							10-9
							11-10
							12-11
							13-12
							14-13
							15-14
							16-15
							17-16
							19-18
							20-19
					demo		21-20
							22-21

" "

" "

"

"

/ :50

" "	" "	" "	" "
.%90	-	.%60	-
.%70	-	.%40	-
	-	.%80	
	.%100		.180:
	.260:		

" " " "

: " "

.

.

.

.

/

" "

" "

Décentrage/ Distanciation /

()

:()

:

:" "

.()

:" "

:

:" "

:

:" "

:

" "

/

:

:

" "

:

:51

			/
%80		%70	

:" "

:

:" "

:

:" "

Priviligier les aspects positifs du schémas

..

"

" "

...

" "

.

.

/

.

:52

.	.	.	.

:

5-3-3

SCID II

.

.



: - - -4

. :

.

.

:

-1

-2

-3

-4

-5

-6

-7

-8

-9

-10

-11

-12

-13

-14

-15

-16

-17

-18

-19

-20

-21

-22

-23

-24

-25

-26

()

-27

-28

-29

-30

-31

-32

-33

-34

-35

-36

-37

-38

-39

-40

-41

-42

-43

-44

-45

-46

-47

-48

-49

-50

-51

52

-53

-54

-55

-56

-57

-58

-59

-60

-61
-62
-63
-64
-65
-66
-67
-68
-69
-70
-71
-72
-73
-74
-75
76
-77
-78
-79
-80
-81
-82
-83
-84
-85
-86
-87
-88
-89
-90
-91
-92
-93

-94
-95
-96

-97
-98
-99
-100

:SCID II -5

:

.
-1
-2
-3
-4
-5
-6
-7
-8

-9

-10
-11
-12
-13
-14
-15
-16
-17
-18
-19

() ()

-20

-21

-22

-23

-24

-25

" "

-27

-28

-29

-30

-31

-32

-33

-34

-35

-36

-37

-38

-39

-40

-41

-42

-43

-44

-45

-46

-47

-48

-49

-50

-51

-52

-53

-54

-55

-56

-57

-58

-59

-60

-61

-62

-63

-64

-65

-66

-67

-68

-69

-70

-71

-72

-73

-74

-75

-76

-77

-78

-79

-80

-81

-82

	-83
	-84
	-85
	-86
	-87
	-88
	-89
	-90
	-91
	-92
	-93
	-94
	-95
	-96
	-97
	-98
	-99
	-100
	-101
	-102
	-103
	-104
15	-105
15	-106
15	-107
15	-108
15	-109
15	-110
15	-111
15	-112
15	-113
15	-114
15	-115

15 -116

15 -117

13 -118

13 -119

" " : -6

-

.

.

(SCID II)

.

.

: -1

: 1-1

34 " "

" "

"

"

" "

"

"

" "

"

"

: 2-1

" "

" "

" "

" "

•
• " "

•
•

• : 1-2-1
" "

"
•
" •
"

• : 2-2-1

3-1

“ ” “ ”

.

-

“ ”

“ ”

“ ”

“ ”

.F33.3

:
:

:

:

-

“ ”

.

-

51

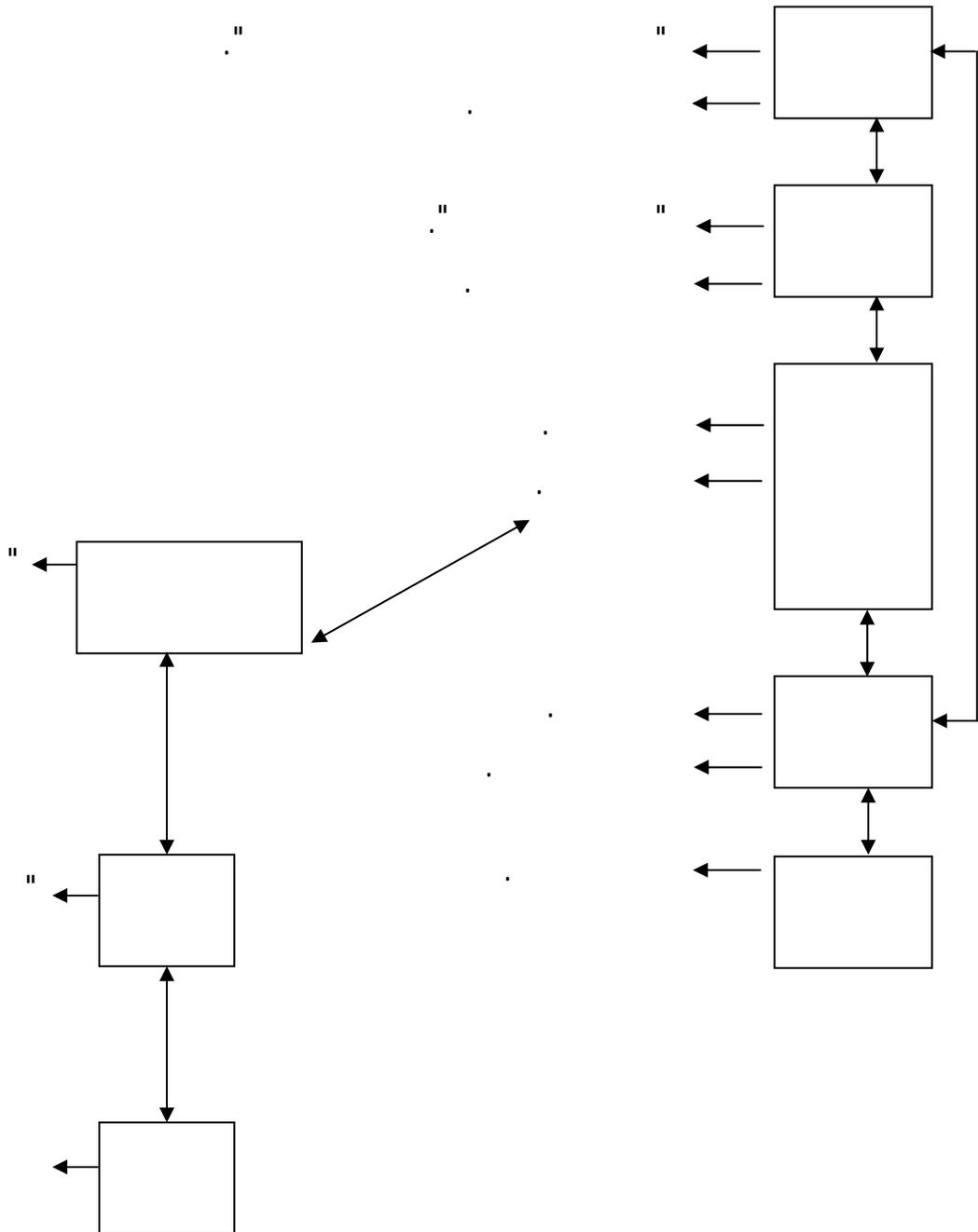
:

: 1-3-1

: 1-1-3-1

SECCA

J. Cottraux SECCA :53



: 2-1-3-1

: 1-2-1-3-1

: 2-2-1-3-1

70 -

71 -

" "

" " -

: 3-2-1-3-1

-

-

-

.Anafranil- Déroxat: 4-2-1-3-1

: -2

: 1-2

.()

: -3

: 1-3

" "

" "

.
 : " "
 .
 : 2-3
 /
 .
 : 3-3
 : 1-3-3
 : .

" "

" "

:

" -

" -

" -

" "

" "

:

" "

" "

:

:54

-1	-1
-2	-2
-3	-3
-4	
-5	

" "

" "

" "

. " "

-

-

" "

/

"

/

:

-

-

-

" "

/ :55

_____ _____ _____ _____ _____ _____	
--	--

" "

“ ”

“ ”

:

“ ”

:

“ ”

:

“ ”

:

“ ”

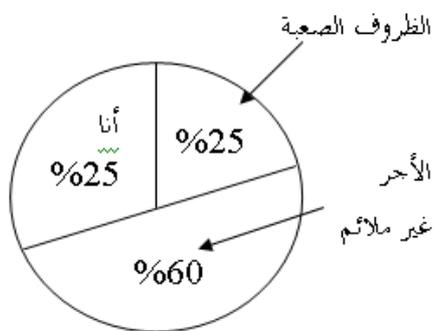
.....

“ ”

“ ”

“ ”

:



:2

%25
%100

.

:

-1

-2

-3

-4

-5

.

:

" "

.

.

" "

.

" "

...

"

"

.

:

“ ”

-

“ ”

:

-

“ ”

:

-

“ ”

:

-

“ ”

:

-

“ ”

“ ”

:

-

“ ”

:

-

:

“ ”

:

5-3-3

SCID II



∴ - - -4

.

∴

.

.

∴

-1

-2

-3

-4

-5

-6

-7

-8

-9

-10

-11

-12

-13

-14

-15

-16

-17

-18

-19

-20

-21

-22

-23

-24

-25

-26

()

-27

-28

-29
-30
-31
-32
-33
-34
-35
-36
-37
-38
-39
-40
-41
-42
-43
-44
-45
-46
-47
-48
-49
-50
-51
52
-53
-54
-55
-56
-57
-58
-59
-60
-61
-62
-63
-64
-65
-66

-67
-68
-69
-70
-71
-72
-73
-74
-75
76
-77
-78
-79
-80
-81
-82
-83
-84
-85
-86
-87
-88
-89
-90
-91
-92
-93
-94
-95
-96
-97
-98
-99
-100

:SCID II

-5

:

-1

-2

-3

-4

-5

-6

-7

-8

-9

-10

-11

-12

-13

-14

-15

-16

-17

() ()

-18

-19

-20

-21

-22

-23

-24

-25

" "

-26

-27

-28

-29

-30
-31
-32
-33
-34
-35
-36
-37
-38
-39
-40
-41
-42
-43
-44
-45
-46
-47
-48
-49
-50
-51
-52
-53
-54
-55
-56
-57
-58
-59
-60
-61
-62
-63
-64
-65
-66
-67

-68
-69
-70
-71
-72
-73
-74
-75
-76
-77
-78
-79
-80
-81
-82
-83
-84
-85
-86
-87
-88
-89
-90
-91
-92
-93
-94
-95
-96
-97
-98
-99
-100
-101
-102
-103
-104
-105

15

15	-106
15	-107
15	-108
15	-109
15	-110
15	-111
15	-112
15	-113
15	-114
15	-115
15	-116
15	-117
13	-118
13	-119
	: -6
" "	

.

.()

	.	-1
	.	1-1
	.	2-1
.SCID II		3-1
	.	-2
	.	1-2
	.	2-2
.SCID II		3-2
	.	-3
	.	1-3
	.	2-3
.SCID II		3-3
	.	-4
	.	1-4
	.	2-4
.SCID II		3-4
	.	-5
	.	1-5
	.	2-5
.SCID II		3-5
	.	-6
	.	1-6
	.	2-6
.SCID II		3-6

: -1

:

. 6

:" "

:

:" "

. -

. -

. -

.

:" "

.

:" "

.

:" "

.

:" "

.

.

:

.F341

:

:

:

.

-1

.

-2

.

-3

.

-4

-5

.sclérose en plaques

:

:

:

-

-

-

.55:

:

1-1

Lewinshorm

" "

.

.

:

2-1

:

" "

:57

		16		
00	00	04	25	
00	05	15	30	

25

" "

0

4

.

.

30

" "

5

15

" "

:SCID II

3-1

" "

:

:SCID II

" "

.72-71-69-68-67-66 :

:

-2

:

" "

-

-

-

-

:" "

:" "

:

:

:

-

-

-

-

:

:

.51 :

:

1-2

A. Beck

Lewinshorm

:

2-2

:

" "

:58

8		16		
17	16	14	15	
22	22	17	18	

15

" "

6

18

22

17

8

" "

" "

:SCID II

3-2

" "

SCID II

-

: -3

:

:" "

-

-

-

-

-

:" "

:" "

:" "

:" "

:

DSM IV

:

.SCID II

:

:

.59 :

: 1-3

Seligman

: 2-3

:

" "

:59

8		16		
03	05	07	16	
05	08	13	29	

" "

:SCID II 3-3

:

-

SCID II

" "

-

:

:" "

.

-

:

:" "

.

-

.

-

.

-

.

-

.

-

" "

:" "

.

" "

:" "

.

:" "

.

:" "

.

:" "

.

" "

.

.21

.

:

:DSM IV

:

.

-

.

-

. -

. -

. -

. :

. :

.56 :

: 1-4

Lewinshorm

: 2-4

8

:

" "

:60

8		16		
02	04	07	12	
06	08	13	29	

12 " "

8

" "

20

" "

08

13

. 8

" "

:SCID II

3-4

:

-

" "

SCID II

-

:

-5

:""

" "

:

:" "

-

-

-

-

:" "

" "

:" "

" "

:" "

" "

. " " :
 . 21 :
 SCID II . :
 . :
 . :
 . :
 .53 :
 : 1-5
 : 2-5
 :
 " " :61

8		16		
01	03	06	13	
03	05	12	28	

13 .

03

06

1

12

12

28

13

:SCID II

3-5

-

" "

SCID II

-

" "

:

-6

:" "

" "

-

-

-

-

-

-

-

:" "

:

1-6

Lewinshorm

.

:

2-6

:

" "

: 62

8		16		
07	02	06	16	
23	06	14	30	

16

" "

8

.
:**SCID II**

3-6

SCID II

20

.	-1
.	1-1
.	2-1
.	3-1
.	4-1
.	5-1
.	-2

:

-1

A. Beck

.

:

-

-

:

:

•

.

:

•

.

.

.

.SCID II

.

:

1-1

:

.19

.

.

.

.

1977 Rush

.

1981

Blackburn

.

1984

Teasdal

1990 Bowers

.

" "

" "

.

. %30 1991 Beck

1990 H.W Rens

.
:
2-1

:

" " " " " " " "

" "

" "

.
:
3-1

:

Shea

" "

.1992

.22

Simons

1986-1984

" " " "

.
" "
" "

.SCID II

1992 Thase

% 32

: 4-1

:

100

1992 H.J Eysenck

1983 Akiskal

.1992

Maier

.1992 Eysenck

(1997

)

Playton

1989 Hirschfeld R.M.D 1989

P. Boyce 1986 J. August

.

.

.

:

-1-5

:

.

.

:

" "

" "

.

" "

" "

:

-

L.G Castongnay

%65 (.214 1987) C Lecomte

.

-

.

Guelfi

%15

%10

1999

.

" "

.

.

" "

.

1994

Zerssen

.1990 Shea

" "

DSM VIII

SCID II

.

Paselow

SCID II

(1994-1992)

: -2

la rémission spontanée

: (les facteurs non spécifiques)

-1

-2

-3

.1992 Brugnoli P. Pancheri

(placebo)

Robinson

1990

1994 Reykel

1994 Weissman

Weissman

1995 Scott

21

()

la psychothérapie éclectique

et intégrative

الخاتمة

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

%30

قائمة المراجع

:

2000 . . -1

2000 . -2

1997 -3

.

2000 . . -4

2002 . -5

:

- 1- .Ades ,J&Lejoyeux ,M.(1997).Dépression et alcoolisme.Paris.Masson.
- 2- American.Psydnatric Association.DSM-TV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux . 4eme édition,Texte révisé (Washington DC,2000) Traduction française par J.D.Guelfi et al,Masson,Paris 2003.
- 3- André,C.Dépression et psychothérapie.Paris ,Pil et Ardix Editeurs.
- 4- Azorin ,J.M.(1991)Pseudo-démences dépressions.In M.Habib ,M.Puel ,éditeurs.Syndromes démentiels : approche cliniques et neuropsychologique.Paris.Masson.
- 5- BeackburN&Cottraux,J.(1997).Thérapie Cognitive de la dépression.Masson.
- 6- Bloch,H , Chemama,B E.Depret, A.Gallo, P.Leconte, J.F.Le Ny,J.Postel&,M.Reuchlin.(2000)Grand Dictionnaire de la psychologie.Larousse.
- 7- Bouvard,M(1999).Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité. Masson.
- 8- Chambon,M.Marie-Cardine,(2003).les bases de la psychothérapie.Dunob
- 9- Chanouf,J.Roane,(2002).Emotions et cognitions,Bruxelles,De Boech Université.
- 10- Clément,JP S.Paulin,J.M, Leger :Troubles de l'humeur .In :JP Leger,Clement,J.Vertheimer(1999).Psychiatrie du sujet agé.Paris.Flammarion.

-
- 11- CIM-10/ICD-10,Critères diagnostiques pour la recherche.(1994).Classification internationales des maladies.10 éme révision.Chapitre V (F) troubles mentaux et troubles du comportement ,par l'Organisation Mondiale de la Santé.
 - 12-Cottraux,J,(1992)Les thérapies cognitives,Paris,Rertz.
 - 13-.Cottraux,J(1979)Les thérapies comportementales,Paris,Masson.
 - 14-Cottraux,J ,(1995)Les thérapies comportementales et cognitives,Paris,Masson.
 - 15- Cottraux,J ,&IM.Black burn(1997) La thérapie cognitive de la dépression,Paris,Masson.
 - 16- Cottraux,J ,(1992)Les thérapies cognitives : comment agir sur nos pensées Paris,Rertz.
 - 17- Cottraux,J ,(1997) « Dépressions réactionnelles » : données cognitives et comportementale : In,Les dépressions réactionnelles,sous la direc de T.Lemperiere.Masson.
 - 18- Cungi,CH &I.Druon Note.(2004).Faire face à la dépression. Retz.
 - 19- Dayan,G.Andro,M.Dugnat(1999).Psychoses puerperales.In Psychopathologie de la perinatalité.Paris.Masson .
 - 20- Delay.(1946).Les dérèglements de l'humeur.Paris.PUF 1946.
 - 21- Jack Doron, La Methode du cas en psychologie clinique et en psychopathologie.Dunob,Paris 2001
 - 22- Ferriri,M ,P.Nuss.(2003).Dépression du post-partum. In M.Ferriri, P. Nuss éditeurs. La dépression au féminin. Paris : John Libbery.
 - 23- Feline,& JD Guelfi, P. Hardi(2002). Les troubles de la personnalité. Paris, Flammarion, Medecine-Sciences.
 - 24- France&R.Ross.(2000) DSM-IV. Cas Cliniques.Masson.
 - 25-Feline, P.Hardi, M. de Bonis.(1991) La dépression (études). Ed.Masson.
 - 26-.Fontaine ,R& Cottraux,J (1984) Ladouceur.Clinique de thérapies comportementales. Mardaga.
 - 27- Guelfi,J.D,(1997). L'évaluation clinique standarisée en psychiatrie. Editions médicales Pierre Fabre.
 - 28- Guelfi, E.Coruble, C. Duret, A.Pham-Scottez,(1999). Dépression et troubles de personnalité, Paris,Doin.
 - 29- Guyota.J.(1978). Le fait psychothérapique et ses conceptions.In : J.Guyotat. Psychothérapies médicales. Medicine et psychothérapie.Masson. Paris.

-
- 30-HuberH.(1993).Les psychothérapies.Quelle thérapie pour quelle patient ? Nathan Université. Paris.
- 31-.Janet.P.(1983).L'automatisme psychologique, Société P.Janet.CNRS.Paris.
- 32- Jarousse.N.(1996)Les thérapies comportementales et cognitives,Paris,Ellebore.
- 33- KachA ,F (2002).Psychiatrie et psychologie médicale.Publicom alger.
- 34-Kuelholz.P.(1973). In : Les dépressions masquées. Bern : Hans Huber.
- 35- Klein.GR(2003). Maladies dépressives chez l'adolescent : In Olié JP, Piorier MF, H.Loo, editors, Les maladies dépressives, Paris Flammarion.
- 36- Lecomte,G& L.G Castonguay.(1987).Rapprochement et intégration en psychothérapie. Psychanalyse, behaviorisme et humanisme, Montréal, Gaëton Morin Editeur.
- 37- Lemperière,TH.(1996). Aspects évolutifs de la dépression. Masson.
- 38- Therèse Lemperiere (sous la direction de).(1997). Les dépressions réactionnelles.Masson.
- 39- Micchielli,L.(2004). Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines, Armand Collin.
- 40- Mirabel-Sarron,C& B. Rivière.(1993). Precis de thérapie cognitive. Dunob. Paris .
- 41- Mirabel-Sarron ,C&L.Vera.(1995). L'entretien en thérapie cognitive. Paris. Dunob.
- 42- Mirabel-Sarron ,C.(2005).Soigner les dépressions avec les thérapies cognitives.Dunob.
- 43- Nollet, J.Thomas.(2002)Dictionnaire de psychothérapie cognitives et comportementale, Ellipses.
- 44- Norcross&M.R. Goldfried.(1998). Psychothérapie intégrative, Paris.Desclée de Brouwer .
- 45-Nguyen,T.(2005). Pourquoi la psychothérapie ? Dunob.
- 46- J.Postel.J.(1993). (sous la direction de), Dictionnaire de psychiatrie. Larousse.Paris.
- 47-.Postel,J.(1998). Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique. Larousse-Bordas.
- 48-.Ravertin.F.(1997).Le livre blanc de la dépression.Private Editions.
- 49- Rogers,C.(1996). La relation d'aide et la psychothérapie.Paris Dunob.
- 50- Rouillon.Epidemiologie et facteurs de risque.

-
- 51- Samuel-Lajeunesse C, Mirabel-Sarron, L,Vera, L Mehran.(1998).Manuel de Thérapie comportementale et cognitive.Paris,Dunod.
- 52- Schneider,K.(1955). Les personnalités psychopatiques.PUF.Paris 1955.
- 53- Segal,Z. williams,M& J.D Teasdale.(2001).Mindfulness based cognitive therapy of depression : a new approach to preventing relapse, New-York, Guilford Press.
- 54- Senlinkoff,N.(1993) Les psychothérapies.ESF.Paris..
- 55- Senon,JL .Secheter,D& Richrad,D(1995). Thérapeutique psychiatrique.Hermann éditeursdes sciences et des arts.
- 56- G.Thomas,G& P.Morand.(2001). Dépression et état de Stress post-traumatique PTSD.Aspects cliniques et prise en charge. In : T. Lemperiere,Editors. Depressions et comorbidités psychiatrie.Paris.Masson .
- 57- Thomas P.Clinique de récurrences.In F, Rouillon,editor.(2003). Les troubles dépressifs récurrents.Paris : John Libbey.
- 58- Vallerand ,JR&.Hess,V. (2000).Méthodes de recherche en psychologie, gaetan moriu editeur.
- 59- Young, J.Klosko.(1995). Je réinvente ma vie, vous valez mieux que ce que vous pensez.Montréal, Ed de l'Homme.
- 60- Young, J.Klosko&Weishaar ,M.(2003). Schéma therapy : a practitioner's guide,New York, Guilford Press.
- 61- Widlocher,W.(1983). Les logiques de la depression. Fayard.
- 62- Widlocher,D.(1983). Le ralentissement comme système d'action. In : D.Widlocher. Le ralentissement dépressif.PUF.Paris.

:

- 1- Allilaire,DF.(1992). La dysthymie, point de vue. psychopathologique. Encéphale,18 :687-94
- 2- Akiksal ?HS.(1992). Le déprimé avant la dépression.L'encéphale,18,485-.,.
- 3- De Bonis,M ,(1989). Critique méthodologique des modèles de personnalité.Confrontations Psychiatriques,30,313-329.
- 4- Bertschy,G.(1992). Les liens entre troubles de l'humeur et personnalités. Données récentes, L'encéphale,XVIII,187-92.
- 5- Hardy,P.(1992).Les dysthymies.Clinique, nosologie et épidémiologie. Encéphale,18 : 707-15.

-
- 6- Ferreri, M. M. Godfroy, V. Mirabel, J. M. Alby. (1990). Dismorphophobies. Encycle. Med. Chir (Elsevier SAS Paris), Psychiatrie, 37-146-1-10.
 - 7- Goodwin, G. (2004). Antidépresseur et psychothérapie : quelle complémentarité ? Les Actualités en psychiatrie. n°7-vol, 21.
 - 8- J. P. Lepine, J. P. J. & Lellouche. (1993). Etudes épidémiologique des troubles dépressifs et anxieux dans une population générale. Aux Med Psycho (Paris).
 - 9- Mouchaba, C. S. : M. Ferreri, F. Cabanac, M. Bitton. (2003). Symptômes résiduels après un traitement anti-dépresseurs d'un épisode dépressif majeur. Encephale : 29, 483-44.
 - 10- Newton-Howes, G. & Tyrer, P. (2006). Trouble de la personnalité et pronostic de la dépression : meta-analyse des études publiées. Framingham on psychiatrie n°3.
 - 11- Perris, C. (1992). La distinction entre les troubles thymiques unipolaires et bipolaires-Rétrospectives de 25 ans- L'encéphale XVII, n° spéciale p9-13.
 - 12- Simons, A. D. & Murphy, G. E. (1986). Ed Wetzler, Cognitive therapy for depression sustained improvement over one year: Archive of General Psychiatrie, 43, 43-48.
 - 13- Purper-ouabil, D. G. Miche & M. C. Moureu-Simioni. (2002). La vulnérabilité dépressive chez l'enfant et l'adolescent : données actuelles et perspectives. Encephale 28 : 234-40.
 - 14- Peretti, C. S. & B. Chaurot. (2001). Les structures de prise en charge des suicidants. Actuel Psychiatrie. (n° spécial) : 9-25.
 - 15- Z. V. Segal, Z. V. & D. D. Vella. (1990). Self-schéma in major depression : replication and extension of a priming methodology, cognitive therapy and research, 14, 2, 161-176.
 - 16- Teasdale, J. D. Z. Segal, J. M. G. Williams, V. A. Ridgeway, J. M. Soulsby & M. A. Lau. (2000). Prevention of relapses/recurrence en major depression by mindfulness-based cognitive therapy, Journal of consulting and Clinical Psychology, 68, 615-623.
 - 17- Torres, S. (2004). Les récurrences dépressives. Neuropsych. n° special Nov p 41
 - 18- Vanelle, G. M. (2005). Quelques particularités de la dépression féminine. Les points clés en psychiatrie. Tome 1. Avril.
 - 19- Widlocher, D. (1983). L'échelle de ralentissement dépressif : fondement théoriques et premières applications. Psychol. Med, 13, 50-60.

:

(2004-2005). -1

2- Fsian Hocine.(2005-2006). Identité féminine-identité masculine : A propos des relations hommes/femmes en Algérie. Thèse de Doctorat d'état dirigée par Pr Mezian Med.

الملاحق

: 1

.

-

: 2

.

-

.

-

COMBATTRE LA DEPRESSION
AARON T. BECK, RUTH L. GREENBERG

Traduction et adaptation : E. Mollard

Les signes de la dépression

« Si ma femme m'a quitté c'est que je n'étais pas assez bien pour elle, je ne pourrai jamais me passer d'elle. »

« Mes cheveux deviennent de moins en moins épais, je ne suis plus aussi séduisante qu'avant, plus personne ne peut s'intéresser à moi. »

« Je suis une secrétaire tellement nulle que je suis persuadée que mon patron ne me garde que par pitié. Tout ce que j'essaie de faire finit systématiquement mal.»

« Je suis incapable de mener quelque chose à bien dans la maison, la rupture de mon mariage paraît inévitable. »

Voici des pensées caractéristiques de personnes déprimées et, bien qu'elles puissent parfois paraître assez justes superficiellement, elles dénotent en fait un réel changement dans la manière dont une personne se perçoit.

Le changement dans la façon de penser, de ressentir, d'agir, est un élément central dans la dépression. Et même si ce changement s'est installé progressivement, la personne déprimée est différente de ce qu'elle était avant le début de sa maladie, parfois même l'inverse de ce qu'elle était habituellement. On peut donner là de nombreux exemples : l'homme d'affaire comblé qui croit être au bord de la banqueroute, la mère dévouée qui veut abandonner ses enfants, le fin gourmet qui est dégoûté par la vue de la nourriture, le play-boy qui est désabusé dès qu'on lui parle de sexe.

Au lieu de rechercher le plaisir, la personne déprimée l'évite. Au lieu de s'occuper d'elle, elle se néglige et néglige son apparence; son instinct de survie fait place à un désir d'en finir avec la vie. La passivité et le retrait se substituent à ses tendances à persévérer pour réussir.

Le signe le plus typique et le plus évident de la dépression est une humeur triste avec la solitude, l'apathie et la morosité qui la caractérisent. La personne déprimée peut se surprendre en train de pleurer alors qu'il n'y a aucune raison pour cela, ou inversement, elle est incapable de pleurer alors qu'un événement triste est véritablement arrivé. Elle peut avoir un sommeil agité, et se réveiller très tôt le matin,

incapable de se rendormir ; ou au contraire, elle peut se sentir constamment fatiguée et dormir plus qu'à l'accoutumée. Elle peut perdre l'appétit et maigrir, ou bien manger plus que d'habitude et prendre du poids.

D'une manière assez typique, la personne déprimée a une vision très négative d'elle-même. Elle pense qu'elle est abandonnée et seule au monde, et souvent se reproche des fautes banales ou des imperfections. Elle est pessimiste en ce qui la concerne, en ce qui concerne le monde et en ce qui concerne son avenir. Elle ne se préoccupe plus de ce qui se passe autour d'elle et ne tire aucune satisfaction des activités qui lui plaisaient jusqu'alors. Souvent, il est difficile pour elle de prendre des décisions ou de mener à bien des décisions qu'elle avait prises.

Certaines personnes peuvent être déprimées sans exprimer ce sentiment de tristesse, de morosité, d'abattement. Elles se plaindront plutôt d'un mal être physique ou s'abandonneront à l'alcoolisme ou à la toxicomanie. Quand une personne semble toujours fatiguée ou ennuyée par ce qu'elle fait, il y a une grande probabilité qu'elle soit déprimée. Lorsque des enfants brillants ne réussissent pas en classe pendant un certain temps, ceci aussi peut être un signe de dépression. De même, l'hyperactivité d'un enfant peut très bien compenser une dépression sous-jacente.

La recherche et les nouvelles approches de la dépression :

Il n'est pas rare que des personnes déprimées croient qu'elles ont perdu une chose à laquelle elles tenaient beaucoup, même si souvent, ce n'est pas réellement le cas. La personne déprimée croit qu'elle est une «perdante» et qu'elle sera toujours une perdante, qu'elle ne vaut rien et qu'elle n'est peut-être pas faite pour vivre. Il lui arrive même de faire des tentatives de suicide.

Récemment, une recherche qui a duré dix ans et qui a été subventionnée par l'Institut national de la santé mentale aux États-Unis a tenté d'expliquer la persistance de ces sentiments morbides chez les personnes déprimées. On a montré que l'un des facteurs cruciaux est que la personne déprimée interprète incorrectement un certain nombre de situations. Ce qu'elle pense de ce qui se passe autour d'elle à une répercussion au niveau de ses émotions. En d'autres termes, la personne déprimée se sent triste et seule parce qu'elle pense de manière erronée qu'elle n'est pas aussi valable que les autres, qu'on la fuit...

On peut alors aider un patient déprimé en l'amenant à changer ses pensées dysfonctionnelles, plutôt que de se centrer sur son humeur dépressive.

Nos travaux nous ont permis de nous rendre compte que, malgré la piètre opinion qu'ils avaient d'eux-mêmes, les patients déprimés réussissaient aussi bien que les sujets sains dans une série de tâches complexes. Dans une étude on donnait aux patients déprimés une série de tests de difficulté croissante comprenant des épreuves de lecture, de compréhension et d'expression personnelle. Au fur et à mesure que les patients commençaient à se rendre compte qu'ils réussissaient, ils devenaient plus optimistes. Leur humeur et l'image qu'ils avaient d'eux-mêmes s'amélioraient. Ils ont même obtenu de meilleurs résultats lorsqu'on leur demanda ultérieurement de se soumettre à d'autres épreuves.

La pensée et la dépression :

Ces résultats suggèrent de nouvelles approches pour traiter la dépression et l'acquisition par le patient déprimé de nouvelles méthodes qui lui permettraient de mieux faire face à sa dépression.

Une des conséquences des études précédentes est que les psychothérapeutes sont dorénavant attentifs aux types de monologues que les patients se tiennent, plus précisément, aux « ingrédients » de leur pensée. Il nous est apparu que les personnes déprimées avaient des pensées moroses de manière continue et que le sentiment dépressif s'accroissait à chaque émergence de ces pensées négatives. Cependant, ces pensées ne sont généralement pas fondées sur des faits réels et rendent une personne triste alors qu'elle n'a pas de raison objective pour se mettre dans cet état. Les pensées négatives peuvent ainsi empêcher un patient de s'engager dans des activités qui lui permettraient de se sentir mieux. Et consécutivement, il est probable que naissent des pensées très pénibles et critiques sur sa « paresse » ou son « irresponsabilité », qui le déprimeront encore plus.

Afin de comprendre cette pensée erronée reportons-nous à l'exemple suivant : supposons que vous vous promeniez dans la rue et que vous croisiez un ami qui semble complètement vous ignorer, naturellement, vous vous sentez triste ; vous vous demandez pourquoi votre ami a changé à votre égard. Plus tard, vous faites part de cet incident à votre ami qui vous dit qu'il était tellement préoccupé à cette période, qu'il ne vous a absolument pas vu. Normalement, vous devriez être soulagé et oublier cet incident. Cependant, si vous êtes déprimé, vous pensez d'une manière certaine que votre ami vous a vraiment rejeté. Probablement même vous ne lui parleriez pas de cet incident et, ne pourriez ainsi corriger votre méprise qui persisterait alors; et c'est ainsi que des personnes déprimées accumulent erreur sur erreur. En fait, elles peuvent en

arriver même à interpréter des marques d'amitié comme des signes de rejets. Elles ont tendance à voir l'aspect négatif plutôt que le côté positif des choses. Elles ne vérifient jamais si elles se sont trompées dans leur façon d'interpréter les événements.

Si vous êtes déprimé, la plupart de vos perturbations émotionnelles viennent de conceptualisations erronées. Ces erreurs sont liées à la perception que vous avez de vous-même et au jugement que vous portez sur ce qui vous arrive.

Pourtant, vous avez de grandes compétences et de bonnes qualités pour résoudre des problèmes dans d'autres domaines.

En fait, vous avez résolu des problèmes toute votre vie durant. Comme un scientifique, vous pouvez apprendre à vous servir de votre raisonnement et de votre intellect pour mettre à l'épreuve votre manière de penser et voir si elle est réaliste ou non. Ainsi, vous pourriez prévenir l'impact émotionnel d'une expérience qui de prime abord apparaît désagréable.

Vous pouvez, vous aider en reconnaissant dans un premier temps vos pensées négatives, puis ensuite en les rectifiant, et enfin en les remplaçant par des pensées plus réalistes.

Inventaire des pensées négatives :

Lorsque vous remarquez que vous vous sentez plus triste, essayez de retracer le fil de vos pensées en sens inverse, et de retrouver la pensée qui a pu déclencher ou accroître votre sentiment de tristesse. Cette pensée peut être en réaction à quelque chose qui est survenu très récemment, pendant l'heure où les quelques minutes qui viennent de s'écouler ou bien, cette pensée peut être un souvenir d'un événement passé. Dans cette pensée, on retrouvera un ou plusieurs des thèmes suivants :

Opinion négative de vous-même

Ceci est souvent lié au fait que vous vous comparez à des personnes qui semblent plus attirantes, ou plus à même de réussir, ou plus intelligentes : «je suis bien moins doué que Pierre sur le plan des études», «j'ai complètement échoué dans mon rôle de parent», «je manque totalement de jugement et d'esprit». Il se peut que vous ayez ce genre de pensées ou que vous ayez gardé en mémoire des incidents d'une période passée où les gens vous donnaient l'impression de moins vous apprécier. Alors, vous risquez de vous considérer comme dénué de valeur et ennuyeux pour les autres, et de penser que vos parents et votre entourage seraient heureux d'être débarrassé de vous.

Autocritique et culpabilité

La personne déprimée se sent triste car elle centre son attention sur ses supposés défauts. Elle se reproche de ne pas réussir une tâche aussi parfaitement que ce qu'elle avait imaginé, de dire des choses inexactes ou de causer un préjudice aux autres. Il est presque toujours probable lorsque les choses tournent mal qu'une personne déprimée estime que c'est de sa faute. Même des événements gais peuvent la faire se sentir encore plus mal si elle pense «je ne les mérite pas, j'en suis indigne».

Devant une si piètre opinion à votre égard, vous allez être excessivement exigeant. Pour vous-même. Vous ne pourrez être qu'une maîtresse de maison parfaite, qu'un ami d'un dévouement sans limite, qu'un médecin d'un jugement clinique infaillible... Tous vos efforts seront annulés, si chaque fois vous pensez «j'aurai pu faire mieux ».

Interprétation négative des événements

Maintes et maintes fois, vous allez vous surprendre à réagir à une situation qui ne vous aurait pas contrarié lorsque vous n'étiez pas déprimé. Si vous n'arrivez pas à trouver un stylo, vous allez penser «tout est difficile pour moi». Lorsque vous allez dépenser un peu d'argent, vous allez vous sentir dépourvu comme si vous aviez perdu une somme d'argent importante, vous allez percevoir comme critiques, les commentaires que les autres feront, ou décider qu'ils vous détestent intérieurement même s'ils agissent avec vous aussi amicalement que d'habitude.

Attente négative du futur

Vous pouvez, par habitude dépressive penser que vous n'arriverez jamais à échapper à vos sentiments de désespoir ou à vos problèmes et vous croyez qu'ils dureront toujours.

Vous avez également des anticipations négatives chaque fois que vous essayez de faire une tâche particulière : «je suis sûre que je n'y arriverai jamais ». Une femme déprimée imaginera qu'elle rate le repas quand elle cuisinera pour ses invités. Un homme qui doit assumer le soutien d'une famille, s'imaginera qu'il se fait renvoyer par son employeur par suite d'une faute quelconque. La personne déprimée a tendance à accepter les échecs dans le futur, et la malchance comme inévitables et peut se dire qu'il est futile d'essayer de faire en sorte que les choses aillent bien.

Je ne suis plus capable de prendre des responsabilités

Vous avez le même type de tâches à faire à la maison ou au travail que vous avez faites à maintes reprises auparavant mais maintenant vous croyez que vous êtes

absolument incapable de les faire ou que ça va prendre des semaines et des mois avant qu'elles soient terminées. Ou bien vous vous dites que vous aurez tellement de choses à faire que vous n'arriverez pas à organiser votre travail.

Certaines personnes déprimées se refusent de prendre du temps pour se reposer ou faire des activités tant elles se laissent submerger par les obligations qu'elles se créent de tous côtés. Des sensations physiques peuvent même alors être perçues, telles que la sensation de ne plus pouvoir respirer, d'avoir des nausées, des migraines, etc.

Ce qu'il vaut mieux savoir sur les pensées négatives

Dans les premières pages de ce texte, nous donnions des exemples de pensées de personnes déprimées. Une personne non déprimée peut occasionnellement avoir de telles pensées mais généralement, elle les évince de son esprit tandis que la personne déprimée y pense tout le temps, chaque fois qu'elle réfléchit sur sa valeur propre ou ses capacités, ou sur ce qu'on peut attendre de la vie. Voici quelques éléments qui vous permettront de reconnaître une pensée dépressive.

Les pensées négatives ont tendance à être automatiques. Elles n'apparaissent pas véritablement d'une manière logique ou rationnelle, mais semblent surgir sans fondement. En fait, ces pensées sont basées sur la faible opinion que les personnes déprimées ont d'elles-mêmes, plutôt que sur les faits.

Les pensées sont irrationnelles et sans visée pratique. Elles vous rendent encore plus malheureux et calquent vos attentes par rapport à la vie. Si vous prêtez attention à vos pensées, vous trouverez probablement que la déduction à laquelle vous êtes arrivé hâtivement n'est pas très juste. Votre psychothérapeute vous montrera combien vos pensées négatives sont irrationnelles.

Même si ces pensées sont irrationnelles, elles semblent certainement parfaitement plausibles au moment où vous les émettez. Elles vous paraissent alors aussi adaptées et censées qu'une pensée réaliste du type «le téléphone sonne, je dois répondre».

Plus une personne adhère à ses pensées négatives (c'est-à-dire, plus elle les accepte sans les critiquer), plus elle va se sentir mal.

Si vous vous laissez prendre au piège de ces pensées, vous vous mettez à interpréter tout d'une manière négative. Vous aurez de plus en plus tendance à ne pas lutter dans la mesure où tout vous paraîtra sans espoir. Mais «laisser tomber» n'est pas

si facile dans la mesure où les personnes déprimées interprètent souvent cet abandon comme un signe supplémentaire d'infériorité et d'échec.

Vous pouvez vous aider en apprenant à reconnaître vos pensées négatives et comprendre ce qu'elles ont d'inexact et d'illogique. Lisez attentivement les erreurs listées ci-dessous et essayez de voir en quoi elles sont caractéristiques de vos pensées négatives.

Erreurs typiques de pensée :

C'est le fait de penser d'une manière incorrecte qui conduit à la dépression et à son aggravation. Les erreurs suivantes sont probablement induites dans votre mode de pensée. Lisez-les et repérez celles qui s'appliquent à vous.

L'exagération

Vous avez tendance à percevoir les événements d'une manière extrême. Par exemple, si vous avez des difficultés de l'ordre de celles que l'on rencontre dans la vie de tous les jours, vous allez y songer sur un mode catastrophique. Vous exagérerez les problèmes et les éventuelles conséquences fâcheuses qui pourraient en découler. Simultanément, vous sous-estimez vos capacités à gérer ces difficultés. Vous faites des déductions hâtives sans preuve, et vous êtes persuadé que vos conclusions sont justes. Un homme qui avait investi ses économies dans une nouvelle maison suspecta qu'il pouvait y avoir **des** termites dans cette maison. Il en déduisit immédiatement que la maison **allait** s'écrouler et donc perdre sa valeur, et qu'il avait gaspillé son argent- **Il était**. Convaincu que rien ne pouvait être fait pour «sauver la maison ».

La généralisation « à outrance »

Vous faites de grandes déclarations générales qui accentuent le négatif «personne ne m'aime», j'échoue en tout, je ne peux jamais obtenir ce que j'attends de la vie. Si quelqu'un vous rabroue, vous allez vous dire «je perds tous mes amis ».

Le déni du positif

Vous vous souvenez uniquement des événements négatifs qui sont les seuls à vous marquer. Lorsque l'on demanda à une femme déprimée de tenir un journal, elle réalisa que des événements positifs lui arrivaient souvent mais qu'elle avait tendance à ne pas leur prêter attention et à les oublier. On pourrait également penser qu'elle n'accordait pas d'importance aux expériences agréables, pour une raison ou pour une autre.

Un homme qui avait été déprimé pendant des semaines, au point de ne pas pouvoir s'habiller, passa huit heures par jour à repeindre sa chambre. Lorsqu'il eut

terminé, il se montra profondément déçu de ne pas avoir obtenu exactement les résultats qu'il escomptait. Heureusement, sa femme a pu lui faire remarquer la valeur du travail qu'il avait réalisé.

Par ailleurs, vous pouvez avoir tendance à tourner en drames certains événements positifs comme des drames; par exemple, une jeune femme déprimée reçut une lettre de son fiancé qu'elle perçut comme une lettre de rejet, elle décida de rompre avec lui, non sans tristesse. Plus tard, alors qu'elle n'était plus déprimée elle relut la lettre et s'aperçut qu'elle ne contenait aucune notion de rejet. En fait, c'était une lettre d'amour.

Que faire?

L'emploi du temps quotidien

Essayez de programmer vos activités pour remplir chaque heure de la journée (reportez-vous au modèle d'emploi du temps hebdomadaire donné en annexe).

Faites une liste des choses que vous vous donnez à réaliser chaque jour. Commencez par l'activité la plus facile pour progresser jusqu'à la plus difficile.

Cochez chaque activité dès qu'elle est accomplie, cet emploi du temps peut aussi servir à enregistrer ce qui sera de l'ordre de la maîtrise et de la satisfaction dans ces activités.

Méthode « maîtrise et plaisir »

Les choses ne vont pas parfois si mal pour vous mais vous n'en êtes pas toujours conscient. Notez tous les événements de la journée et indiquez ceux qui nécessitent un certain degré de «maîtrise» dans la situation, par la lettre « M » et, ceux qui vous ont apporté un certain «plaisir», par la lettre « P ».

L'ABC pour modifier ses sentiments

La plupart des personnes déprimées croient que ce qu'elles vivent est si peu agréable qu'il est normal qu'elles se sentent tristes. En réalité nos sentiments sont fonction de notre manière de concevoir et d'interpréter ce qui nous arrive.

Si vous vous concentrez bien sur un événement récent qui vous a bouleversé et déprimé, vous devriez être capable de repérer trois sortes de problèmes :

- l'événement,
- vos sentiments,
- vos pensées.

La plupart des gens sont généralement seulement conscients des points a et b.

a) Supposons, par exemple que votre femme oublie votre anniversaire.

b) Vous vous sentez blessé, déçu et triste.

c) En fait, ce qui vous rend malheureux, c'est le sens que vous donnez aux événements.

Vous pensez « l'oubli de ma femme signifie qu'elle ne m'aime plus », « je n'ai plus le même attrait à ses yeux et aux yeux des autres ».

Vous pouvez ainsi être amené à penser que sans son approbation et son admiration, vous ne pourrez jamais être heureux ou satisfait. En fait, il est tout à fait possible que votre femme était simplement très occupée ou qu'elle ne partage pas votre enthousiasme pour les fêtes et les anniversaires. Ainsi vous avez souffert à cause de votre déduction non justifiée, non à cause de l'événement lui-même.

S'il vous arrive d'avoir un sentiment de tristesse, cherchez alors les pensées qui ont pu l'enclencher

Essayez de vous rappeler ce qui a pu «traverser votre esprit». Ces pensées peuvent avoir été une réaction automatique à quelque chose qui vient d'arriver. Le commentaire d'un ami recevant une facture, une douleur à l'estomac, une rêverie... Vous trouverez alors que vous avez eu des pensées très négatives et que vous y avez adhéré.

Essayez de corriger vos pensées

En répondant à chaque monologue négatif par un monologue plus positif, ayant valeur d'équilibre. Vous trouverez alors que non seulement vous aborderez la vie d'une manière plus réaliste mais aussi que vous vous en sentirez mieux.

Une maîtresse de maison se sentait triste et rejetée car aucune de ses amies n'avait téléphoné ces derniers temps. Lorsqu'elle essaya de se concentrer sur ses pensées, elle réalisa que Marie était à l'hôpital, Jeanne était hors de la ville, et Hélène avait en fait appelé. Elle substitua cette *explication alternative* à la pensée négative «on m'oublie» et commença à se sentir mieux.

La technique de la double colonne

Écrivez vos pensées automatiques irrationnelles dans une colonne et en face vos réponses à ces pensées automatiques.

Exemple : «Jean n'a pas appelé, il ne m'aime plus».

Réponse : «Il est très occupé et pense que je suis en meilleure forme que la semaine passée, aussi, n'a-t-il pas besoin de se faire du souci à mon sujet».

Résoudre des problèmes difficiles

Si une tâche spécifique que vous avez à faire vous paraît particulièrement complexe et ennuyeuse, essayez de noter par écrit chaque étape que vous devez réaliser pour accomplir ce travail, et engagez-vous progressivement dans chacune de ces étapes. Les problèmes qui semblent insolubles peuvent être maîtrisés si on les divise en plus petites unités plus faciles à gérer.

Si vous vous sentez bloqué au niveau simplement de comment aborder le problème, et que vous n'arrivez pas à progresser, essayez de noter par écrit les diverses alternatives pour résoudre le problème. Demandez à d'autres personnes comment elles procéderaient pour solutionner cette difficulté. Nous appelons «thérapie alternative» les différentes façons d'envisager et de résoudre des problèmes.

Psychothérapie :

Votre psychothérapeute peut vous aider à identifier et rectifier vos idées et vos pensées irréalistes ainsi que l'analyse que vous faites des situations et qui vous conduit à des déductions erronées à propos de vous-même et des autres. Il peut aussi vous aider à imaginer des moyens pour solutionner de manière efficace, les problèmes concrets que vous rencontrez quotidiennement. Avec ses conseils et vos efforts, il y a de grandes chances que vous vous sentiez mieux. De plus, vous pouvez acquérir un savoir-faire et ainsi réagir avec beaucoup moins de tristesse et de détresse à des difficultés que vous pourriez éventuellement être amené à rencontrer dans le futur.

Grille d'évaluation des activités quotidiennes:

	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	samedi	dimanche
9-10							
10-11							
11-12							
12-13							
13-14							
14-15							
15-16							
16-17							
17-18							
18-19							
19-20							
20-21							

La fiche à trois colonnes, de Beck :

Situations déclenchantes	Emotions	Pensées automatiques

La fiche à quatre colonnes, de Beck :

Situations/ Comportements	Emotion	Pensées automatiques négatives	Pourcentage de croyance dans la pensée automatique négative

Situation	Vues négatives	Vues alternatives réalistes

Schéma initial	Coping ancien	Schéma assoupli	Coping modifié

2

:2

:1

:4

:3

:6

:5

:8

:7

:10

:9

:12

:11

-
- :
- A**
K.Abraham 131
L.Y.Abramson58
J.Ades4
H.Akiskal25
D.F.Allilaire25
G.Allport107
J.M.Azorin33
- B-**
A.Bandura74
A.Beck50 ,51,52,60,79,147
G.Bertschy132
I.M.Blackburm79
L.F.Beutler 140
M.Bouvard 144
H.Bower64
- C-**
L.G.Castonguay 320
C.S.Mouchabac23
Z.M.Chakir100
A.Chanouf63
J.Cottraux153,79
C.R.Collinger112
J.P.Clement35
- D-**
DeGiralmo et Reich118
J.Delay9
- E-**
A.Ellis51
C.Ernst134
H.J.Eysenck108
- F-**
J.P.Feighner 14
A.Felline19
Fontaine71
French134
V.Ferreri20
S.Freud61
J.Strelau111
- G-**
J.D.Guelfi147,132
J.Guyotat68
- H-**
P.Hardy25,42
Hippocrate104,130
D.S.Hiroto59,60
W.Huber68,79
- J-**
P.Janet 61,70
C.G.Jung105,106
- K-**
K. Kagan111
P.Kielholz32
H.Kind68
R.G.Klein35
M.B. Keller25
E. Kraeplin9 ;25 ;130 ;141
E.Kretchmer104,130
- L-**
R.S Lazarus 62
J.P.Lepine 17
Liaut i62
P.M. Lewinshorm 50
- M-**
C.S.Mirabel Sarron 75
M. Montassut32
G.E.Murphy 140
- P-**
Pavlov104
C.S.Pereti17,18
C. Perris10
J.Piaget64
J.Postel68
J.O. Proschaska30
D. Purper-Ouakil34
- R-**
SH. Rosenthal30
Rorsman134
F.Rouillon17
JC. Ruffin20
- S-**
J.D.Safran 140
F.Sartorius 76
Z.V.Sega l64
W.H.Sheldon 105
Skinner 71,72
K.Shneider 114,130,141
M.E.P.Selligman 57,74
Senlinkoff 68
Spitzer 14
- T-**
JD. Teasdal 58,64
M.E.Thase 318
H.Tellenbach 131
P.Thomas 24
- Y-**
J.Young52,56
- W-**
D.Wildocher 21,48,49
- Z-**
R.B. Zajonc62
D.Zerssen 320

	:	
- -		- -
14		89
122		166
38'36'37		16
61'74		48'49
51		61
- -		88'167
19	50'71'72	
- -		40
47	40	
121		238
48'121		262 /
108'149		50
- -		9
119		10
- -		31
114		108'149
49		20
106'107'108		74
10'19'27'28,49		74
- -		24'317
120		20
100		73
49		- -
11		62
- -		- -
85'162		62
57'74		88 -
150	60'71'75	
153	152'153	
70		90
79		15
68		48
61'74		62
- -	207	
16'30		59'60

41	50
88	72
- -	62
48:50:59:64:74	61
- -	49
91	262 /
- -	207
124	15
49:51:61:64:94	74Bandura
199 /	15:23
109	
12:13	
121	11:38
11	60:74
47:60	
10	
	- -
	124
	11
	- -
	83
	126:182