

# Thérapies cognitives

J. Cottraux

Cette revue présente l'histoire et l'état actuel du modèle théorique sur lequel se fondent les thérapies cognitives. Ce modèle postule que les perturbations psychopathologiques ont, à leur base, des altérations du traitement de l'information en relation avec des schémas cognitifs, automatiques, inconscients et spécifiques à chaque trouble. Les différents niveaux du modèle cognitif sont présentés ainsi qu'une discussion des arguments expérimentaux qui le soutiennent. La pratique des thérapies cognitives est décrite en détail pour le traitement de la dépression et celui des troubles de la personnalité. Les travaux contrôlés et des méta-analyses permettent de clarifier les indications principales de la thérapie cognitive et comportementale. Ce sont la dépression unipolaire d'intensité moyenne, la prévention du suicide, les troubles bipolaires (en association avec les normothymiques), les phobies sociales et phobies spécifiques, l'agoraphobie et les attaques de panique, l'anxiété généralisée, le stress post-traumatique, la gestion du stress quotidien, les états schizophréniques, les troubles des conduites alimentaires, la colère, les problèmes de couple, les addictions et les troubles de la personnalité. Trois voies actuelles de développement pour les thérapies cognitives sont présentées : la thérapie cognitive fondée sur la *mindfulness* (thérapie de pleine conscience) qui montre des résultats dans la prévention des rechutes de la dépression et l'anxiété, la psychologie positive qui propose une thérapie du bien-être et le développement de clinique de l'optimisme, et les travaux qui permettent d'établir ses effets objectifs par l'exploration de la neuroanatomie fonctionnelle et de la neuromédiation et de proposer une assise neurobiologique aux théories et à la pratique psychothérapeutique.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Mots-clés** : Thérapie cognitive ; Thérapie cognitive et comportementale ; Cognition ; Schéma cognitif ; Thérapie des schémas ; *Mindfulness* ; Évaluation des psychothérapies

## Plan

■ Introduction	1	■ Résultats des travaux contrôlés	8
■ Découverte de la « sonde cognitive »	2	Résultats des thérapies cognitives et comportementales	8
■ Brève histoire des schémas cognitifs	2	■ Voies nouvelles de développement des thérapies cognitives	8
■ Brève histoire de la pensée automatique	2	■ Conclusion	9
■ Thérapie cognitive et thérapie comportementale	3		
■ Modèle cognitif des troubles psychopathologiques	3		
■ Tests du modèle cognitif des troubles psychopathologiques	3		
■ Thérapies cognitives de la dépression	3		
■ Pratique des thérapies cognitives de la dépression	4		
Format de la séance	4		
Séances une à cinq	5		
Séances cinq à dix	5		
Séances dix à vingt	5		
■ Modèle cognitif des troubles de la personnalité	5		
Caractéristiques des schémas de personnalité	5		
Processus qui maintiennent les schémas de personnalité	6		
■ Thérapie cognitive des troubles de la personnalité	6		
Établir une relation thérapeutique positive et utiliser les fluctuations relationnelles	6		
Méthodes cognitives	6		
Méthodes affectives	7		
Méthodes interpersonnelles	7		
Méthodes comportementales	7		
Méthodes de consolidation	8		

*Ce sont les paroles les moins tapageuses qui suscitent la tempête,  
et les pensées qui mènent le monde viennent sur des pattes de  
colombe.*

Friedrich Nietzsche : Le Gai Savoir, Paris, Flammarion, 1997

## ■ Introduction

Les thérapies cognitives ont été mises au point à partir de 1967 par A.-T. Beck à la suite de travaux cliniques et de recherche<sup>[1,2]</sup>. Elles ont proposé un modèle novateur des relations entre les comportements, les émotions, les cognitions conscientes et les schémas cognitifs inconscients qui traitent l'information. Elles ont aussi établi des modalités nouvelles d'intervention psychosociales. Quarante ans après ses débuts, et plus d'un millier de travaux scientifiques plus loin, leur approche est devenue un des modèles dominants de la psychothérapie.

## ■ Découverte de la « sonde cognitive »

En parallèle au discours articulé des patients en thérapie, Beck découvrit un second courant, inexprimé, préconscient et en lien avec les émotions, chez des patients déprimés suivis en psychothérapie psychanalytique. *Des pensées, ou des images mentales n'étaient pas rapportées, à moins que le thérapeute ne demande au patient de se concentrer sur elles et d'en parler.* Après de nombreux exemples et des études systématiques, un lien fut établi entre ces pensées négatives ou positives et les émotions désagréables ou agréables. Ainsi thérapeute et patient ont accès à des schémas cognitifs préconscients ou inconscients : des thèmes personnels récurrents qui peuvent expliquer leurs interprétations négatives. Comme ces pensées survenaient involontairement et de façon très rapide, Beck les a appelées « pensées automatiques » ou « pensées autonomes » : l'émotion est la voie royale qui conduit à ces cognitions. Cette approche clinique n'était pas sans antécédents.

## ■ Brève histoire des schémas cognitifs

Bien que ce terme de schéma ait été élaboré par les penseurs de la Grèce antique, il faut attendre le XVIII<sup>e</sup> siècle pour voir apparaître, véritablement, une définition opérationnelle des schémas cognitifs. Emmanuel Kant, dans la *Critique de la raison pure*, distinguait les choses en soi, ou noumènes de leurs apparences : les phénomènes. Et il soutenait que personne ne pouvait se vanter de connaître ou comprendre le monde nouménal. En fait chacun doit imposer aux objets du monde extérieur trois catégories mentales « a priori », qui sont des schémas : le temps, l'espace et la causalité. Ils spécifient la forme du monde des apparences. L'homme va imposer aux objets les catégories de son entendement, mais il ne peut connaître que ce qui tombe dans ces catégories. Kant propose donc l'un des premiers modèles cognitifs de traitement de l'information. À partir de là, on peut distinguer deux manières de concevoir les schémas qui sont conciliables entre elles.

Les schémas représentent un principe organisateur de la vie psychologique qui se rattache aux croyances imprimées par les expériences vécues et aux apprentissages logiques et affectifs. Les schémas représentent des réseaux de neurones qui assurent le traitement de l'information, son stockage et son rappel.

## ■ Brève histoire de la pensée automatique

Janet, en 1889, dans son ouvrage *L'automatisme psychologique*<sup>[3]</sup>, avait décrit les fonctionnements automatiques et subconscients et utilisé à des fins thérapeutiques l'écriture automatique (sans contrôle rationnel) à des fins exploratoires et thérapeutiques. Ce procédé a été utilisé par les surréalistes et inclus dans le premier manifeste du surréalisme de Louis Aragon et André Breton. De plus, le monologue intérieur est un procédé de narration littéraire qui fut expérimenté en 1887 par Édouard Dujardin dans un roman *Les Lauriers sont coupés* dans lequel il décrit le niveau sous-jacent de conscience, fait souvent d'images, de sons d'interjections ou d'onomatopées, de phrases sans constructions grammaticales, de pensées ébauchées ou de sensations. James Joyce, qui s'est servi de ce procédé pour écrire son roman *Ulysse*, en 1922, a reconnu de bonne grâce l'antériorité de Dujardin, dont il s'était inspiré. Il a été repris par de nombreux écrivains du XX<sup>e</sup> siècle, en particulier Virginia Woolf et William Faulkner. Bien d'autres auteurs avaient reproduit de manière limitée ce flux de conscience dont la première notation est due à Platon dans « le Théétète » : « Quand l'esprit pense, il est simplement en train de se parler à lui-même, de se poser des questions, d'y répondre et de dire oui ou non ». Ainsi la philosophie, la littérature et la psychologie se rejoignent dans la recherche du sens latent des schémas qui structurent la pensée humaine à travers le discours intérieur.

Jean Piaget<sup>[4]</sup> a décrit deux grands processus qui permettent de rendre compte du développement cognitif :

- l'assimilation ne retient du monde que ce qui est semblable aux schémas. Ce processus est automatique et inconscient ;
- l'accommodation tient compte de la réalité du monde et modifie les schémas. Il s'agit d'un processus plus difficile et qui nécessite des efforts conscients et un réaménagement aussi bien de la perception que de l'interprétation.

Il existe une série d'équilibres successifs qui partent des schémas innés sensorimoteurs les plus élémentaires : succion et préhension, pour aller vers les stades les plus élaborés de la connaissance : les opérations logiques concrètes puis abstraites. De plus, Piaget relie le développement intellectuel aux processus motivationnels et aux émotions. En fait l'assimilation est un processus inconscient, lié à des schémas émotionnels, l'accommodation est consciente et nécessite l'utilisation de la pensée symbolique. Elle représente donc un effort qui aboutira à la construction progressive de la pensée logique<sup>[5]</sup>. Il propose donc un modèle cognitif de l'inconscient qui sera repris plus tard, et modifié par certains thérapeutes cognitivistes<sup>[6,7]</sup>.

Alfred Adler est sans doute le premier psychothérapeute à décrire les schémas cognitifs. Il parle du « schéma d'aperception » pour rendre compte de la vision personnelle que chacun a du monde et de lui-même<sup>[8]</sup>. Son œuvre a eu une influence reconnue sur les thérapies cognitives<sup>[9]</sup>.

Il faut souligner, également, le rôle important joué par Georges Kelly dont l'œuvre est peu connue en Europe, mais a eu un effet majeur aux États-Unis. En 1955, il avait forgé le terme de « construction personnelle » pour désigner des structures ou des dimensions bipolaires qui reflètent des convictions et des jugements concernant soi-même, le monde et les autres. Les constructions personnelles peuvent se fragmenter et provoquer des comportements contradictoires. On peut aussi se trouver devant des oscillations rapides entre les deux pôles, qui se manifesteront par l'ambivalence des jugements sur les autres en « noir et blanc ». Kelly<sup>[10]</sup> a validé ce modèle par l'analyse factorielle et proposé une thérapie « des rôles fixés » qui représente un précurseur des thérapies cognitives.

Avec sa thérapie rationnelle émotive, Albert Ellis<sup>[11]</sup> est le précurseur le plus proche des thérapies cognitives actuelles. Sa méthode repose sur l'étude de la dichotomie stoïcienne entre la raison et les émotions que l'on peut faire remonter à Epictète et Marc Aurèle. Selon lui, le problème essentiel réside dans les cognitions grandioses que les sujets ont d'eux-mêmes et le fardeau émotionnel que cette irrationalité fait peser sur eux. Le but général de la thérapie est l'acceptation inconditionnelle de soi-même par la remise en cause des systèmes de croyances irrationnelles. Cependant l'excès de directivité et l'hyperrationalisme d'Ellis ont été critiqués, alors que ses élèves ont une pratique plus souple.

Les schémas représentent des réseaux de neurones qui sont à la base du traitement normal et pathologique de l'information.

Le terme de schéma a été précocement utilisé par les neurologues pour désigner les localisations cérébrales qui sont le support de l'identité. En particulier, Head<sup>[12]</sup> a mis au jour la notion de schéma corporel, qui assure la stabilité de l'image du corps et donc de la représentation de soi, au cours de l'action.

Bartlett<sup>[13]</sup>, neuropsychologue de la mémoire, rattache les schémas cognitifs à la mémoire sémantique : à savoir la partie de la mémoire qui conserve les significations, les concepts, et les faits.

Ingram et Wisnicki<sup>[14]</sup> distinguent plusieurs niveaux dans les cognitions pathologiques selon un modèle que l'on peut résumer par l'acronyme POPS :

- les Produits cognitifs qui sont accessibles à la conscience et sont faits de pensées automatiques, d'images mentales et d'émotions dysfonctionnelles ;
- les Opérations cognitives (ou processus cognitifs) : l'attention, l'encodage, le traitement de nouvelles informations et l'accès aux anciennes informations sont perturbés. L'attention est centrée sur soi ;
- les Propositions cognitives qui sont représentées par des schémas faits de croyances dysfonctionnelles. Elles aboutissent à des attentes exagérées de danger ou d'échec et à des attentes d'efficacité personnelle qui sont faibles ;

- les Structures cognitives : elles correspondent à des anomalies de la connectivité cérébrale et de la neurotransmission qui sont spécifiques de chaque trouble.

## ■ Thérapie cognitive et thérapie comportementale

Selon Beck<sup>[2]</sup> la thérapie comportementale n'est efficace que dans la mesure où elle modifie les croyances erronées fondamentales du patient. Ce point de vue est proche de celui d'Albert Bandura<sup>[15,16]</sup>, auteur d'une approche expérimentale et pratique de l'apprentissage social, pour qui les changements ultimes sont cognitifs, même si un des moyens les plus efficaces pour y parvenir est la modification de comportement. Mais comme, chez l'homme, l'influence sur les comportements passe par le dialogue avec le thérapeute, l'acceptation de ses propositions et la préparation à l'action, les changements cognitifs sont un passage obligé. Le patient en thérapie cognitive ou comportementale change sa conception de l'autre et du monde, mais il change aussi son concept de soi. S'il souffre d'anxiété, il pensera moins qu'il est vulnérable et incapable, et appréciera avec plus de réalisme le danger ou les possibilités d'échec. Il augmentera ainsi ses attentes positives et son sentiment d'efficacité personnelle et optimisera ainsi ses chances de réussite.

Aussi, il est actuellement impossible de définir des thérapies qui seraient purement comportementales et des thérapies qui seraient purement cognitives, et le consensus actuel est d'intégrer les thérapies comportementales aux thérapies cognitives<sup>[17]</sup>. Néanmoins certains travaux sont encore publiés comme relevant de la thérapie cognitive et d'autres de la thérapie comportementale selon l'accent mis soit sur la modification des cognitions, soit sur la modification directe des comportements. Les études comparatives qui ont été publiées ne montrent pas de différence significative entre thérapie comportementale et cognitive, en particulier dans la dépression et les troubles anxieux<sup>[18-21]</sup>. De ce fait, l'accent est mis actuellement sur l'étude des techniques et des processus communs à ces deux formes de psychothérapie : en particulier l'alliance thérapeutique, la psychoéducation, l'exposition aux émotions et leur acceptation, la modification des interprétations négatives, l'encouragement à accomplir des actions inhibées, et le renforcement du sentiment d'efficacité personnelle. La mise au jour de métagénésantes ou de facteurs communs d'efficacité dépasse d'ailleurs largement le cadre des thérapies cognitivocomportementales (TCC) : c'est un des problèmes fondamentaux de la recherche en psychothérapie, et il est loin d'être résolu. Cependant, dans la dépression, la thérapie cognitive selon le modèle de Beck est la forme de psychothérapie la mieux validée, y compris par les études de neuro-imagerie fonctionnelle<sup>[22]</sup>.

## ■ Modèle cognitif des troubles psychopathologiques

Le modèle cognitif actuel des troubles psychopathologiques peut se résumer en dix propositions<sup>[17]</sup>.

- Les schémas représentent des interprétations personnelles et automatiques de la réalité : ils traitent donc l'information de manière inconsciente.
- Ils influent sur les stratégies individuelles d'adaptation.
- Ils se manifestent par des distorsions cognitives et des biais spécifiques à chacun des grands types psychopathologiques. En clair, ce sont des préjugés ou des « attitudes dysfonctionnelles ».
- Ces schémas peuvent être à la base de la personnalité et en particulier les schémas précocement acquis.
- Ils se traduisent par une vulnérabilité cognitive individuelle.
- Chaque trouble psychopathologique résulte d'interprétations inadaptées concernant soi-même, l'environnement actuel, et le futur. Par exemple, les schémas d'interprétation négative des événements dans la dépression, les schémas de danger dans les phobies et les attaques de panique, les schémas de responsabilité dans le trouble obsessionnel compulsif.

- Ces schémas se traduisent par une attention sélective vis-à-vis des événements qui les confirment : ils représentent donc une prédiction qui se réalise.
- Les schémas pathologiques sont des structures mentales sélectionnées par un environnement et devenues inadaptées à un autre environnement. Ils peuvent avoir présenté une valeur de survie dans l'histoire de l'individu ou bien celle de l'espèce dont ils représentent un vestige, qui a survécu à son utilité pratique.
- Ils correspondent à des réseaux de neurones, gérant à la fois les émotions, les croyances, et les comportements.
- L'activation des émotions, et des pensées automatiques qui leur sont associées, permet d'accéder au schéma. On entend par pensée automatique une image, ou une pensée, dont le sujet n'est pas conscient, à moins de se focaliser sur elle. Lorsque le sujet, au cours d'une séance de thérapie, ressent une forte émotion, le thérapeute lui demande quelle est la pensée ou l'image qui lui vient à l'esprit. Cette mise au jour de constellations de pensées automatiques permettra progressivement de comprendre et d'évaluer les schémas et leur thématique.

La Figure 1 représente le modèle cognitif général de la psychopathologie<sup>[18]</sup>.

## ■ Tests du modèle cognitif des troubles psychopathologiques

Des arguments expérimentaux solides existent en faveur du modèle cognitif de la dépression<sup>[19-21]</sup> : sur 220 études, 91 % soutiennent le modèle. Ce modèle se présente sur trois niveaux qui s'établissent sur des facteurs génétiques. Il a été testé par des études épidémiologiques<sup>[22]</sup>. Un style parental d'éducation négatif représente le premier niveau : critiques et contrôle sans affection, froideur, abus et ou négligences. Au deuxième niveau se situe le développement d'attitudes dysfonctionnelles. Au troisième niveau apparaissent des tendances latentes à la dépression et donc une vulnérabilité aux événements de vie.

Cependant, ce modèle diathèse stress a sans doute sous-estimé le rôle des émotions au profit de la primauté de la cognition, longtemps considérée comme la cause de l'humeur dépressive. Il est vraisemblable aussi que le terme de cognition, tel qu'il est utilisé dans la littérature anglo-saxonne, recouvre aussi les manifestations émotionnelles. Actuellement, on considère qu'il existe :

- des « cognitions froides » qui correspondent à la pensée logique ;
- des « cognitions chaudes » reliées aux émotions. Elles proviennent de la mémoire épisodique ou autobiographique, qui stocke les souvenirs personnels.

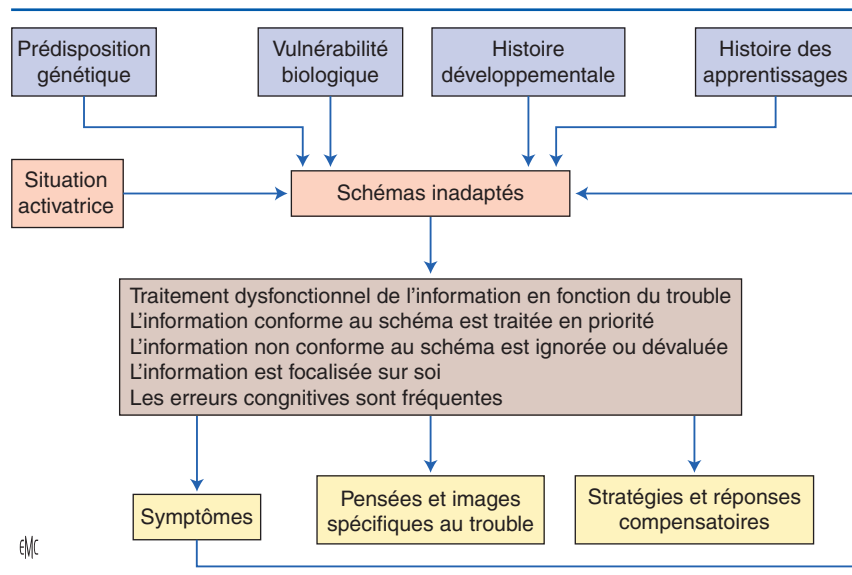
Un autre point important est la stabilité des schémas cognitifs. Une hypothèse synthétique a été proposée : les schémas cognitifs dépressifs persistent en dehors des états dépressifs, mais les sujets n'y ont accès que si les événements induisent des émotions dépressives. Trois études effectuées avec induction d'humeur dépressive soutiennent cette hypothèse<sup>[22]</sup>.

Des arguments existent en faveur d'une spécificité des cognitions et une perturbation du traitement de l'information dans chacun des troubles anxieux, les troubles des conduites alimentaires, et des troubles de personnalité quoique le nombre d'études soit moins important que pour la dépression<sup>[20]</sup>.

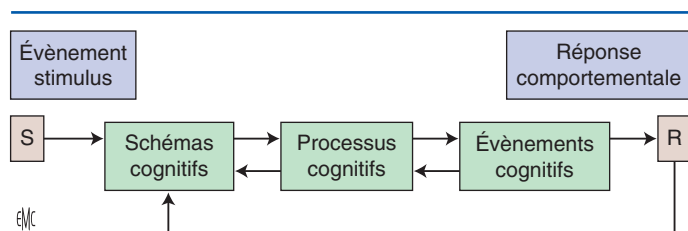
Les thérapies cognitives ont été utilisées avec succès dans la plupart des troubles psychopathologiques et il est impossible de les envisager tous en détail : on trouve des protocoles spécifiques dans les manuels pratiques<sup>[23,24]</sup>. Ne sont développés ici que la dépression et les troubles de la personnalité.

## ■ Thérapies cognitives de la dépression

Beck<sup>[23]</sup> a publié un manuel d'intervention pratique clinique très utilisé. Il existe une « triade cognitive » chez le déprimé : il présente constamment des pensées négatives sur lui-même, le monde et le futur. La perte de l'estime de soi, l'indécision et le pessimisme sont des manifestations émotionnelles et cognitives qui reflètent



**Figure 1.** Théorie cognitive de la psychopathologie (Clark, 2009).



**Figure 2.** Modèle cognitif : traitement de l'information. Dépression et autres troubles d'axe I. D'après [22].

une perturbation du traitement de l'information par des schémas et de processus dysfonctionnels profonds qui se traduit par des événements cognitifs de surface, observables cliniquement.

- Les schémas cognitifs, inconscients, situés dans la mémoire à long terme, filtrent l'information en ne retenant que les aspects négatifs de l'expérience vécue. Les postulats peuvent être conditionnels et représentent alors des croyances centrales : « on ne peut pas m'aimer », « je ne vauds rien », « je suis incompetent », « je suis un imposteur ». Les postulats peuvent être conditionnels et en « si... alors... ». Par exemple « je ne vauds rien si je ne réussis pas mon examen ». Ils se traduisent par des règles impératives de comportement : « je dois tout le temps et toujours tout réussir », « je dois tout le temps tout faire pour être aimé de tout le monde ». Ces postulats sont rarement conscients et orientent les jugements que le sujet porte sur lui-même, le monde et le futur.
- Les événements cognitifs sont des pensées ou des images mentales dont le sujet n'est pas forcément conscient à moins de se concentrer sur ses monologues intérieurs ou le flux d'images mentales préconscientes : « tu ne vauds rien, tu ne feras jamais rien, ta vie est un échec ». Ces pensées automatiques négatives vont réguler son comportement à son insu et provoquer des émotions négatives qui sont l'expression de surface des schémas profonds.
- Les distorsions cognitives permettent le passage des schémas (structures profondes) vers les événements cognitifs (structures superficielles). Ces distorsions représentent une perturbation profonde et stable des mécanismes de la pensée logique comme le montre la Figure 2 [24].

Plusieurs distorsions cognitives ont été décrites dans les états dépressifs : elles rendent compte de la pensée dichotomique : en noir et blanc.

- L'inférence arbitraire est la plus fréquente des distorsions cognitives. Elle consiste à tirer des conclusions sans preuve et sur la base d'informations inadéquates.
- L'abstraction sélective consiste à se concentrer sur un détail hors du contexte de sorte que la forme et la signification globales de la situation ne sont pas perçues.

- La surgénéralisation étend à toutes les situations possibles une expérience malheureuse isolée.
- La magnification et la minimisation attribuent une plus grande valeur aux échecs et aux événements négatifs et dévalorisent les réussites et les situations heureuses.
- La personnalisation consiste à surestimer les relations entre les événements défavorables et le sujet.

Ces distorsions cognitives aboutissent par l'intermédiaire d'heuristiques ou raccourcis intuitifs à transformer la réalité en un vécu lugubre compatible avec le schéma dépressif. Toutes les étapes du traitement de l'information peuvent se voir altérées chez la personne déprimée : attention, codage, stockage à long terme ou à court terme, consolidation de la trace, profondeur de l'élaboration, rapidité et efficacité de l'accès aux souvenirs et de leur rappel. Le sujet s'enferme alors dans l'inaction et l'improductivité qui viendront circulairement justifier ses postulats pessimistes.

## ■ Pratique des thérapies cognitives de la dépression

Le patient et le thérapeute fonctionnent selon une « collaboration empirique » comme deux chercheurs, travaillant sur des hypothèses communes. Le thérapeute aide le patient à évaluer ses schémas progressivement pour ensuite les mettre en question tout en maintenant une bonne alliance thérapeutique [25]. La thérapie commence par une conceptualisation du cas, sous la forme d'une analyse fonctionnelle qui permet l'établissement d'hypothèses concernant le déclenchement et le maintien de la dépression. Cette analyse fonctionnelle est à la fois synchronique (actuelle) et diachronique (historique). Elle permet au patient et au thérapeute d'avoir un ensemble d'hypothèses communes sur lesquelles se fonde la relation de collaboration thérapeutique.

### Format de la séance

Chaque séance se déroule selon les étapes suivantes.

- Évaluation des tâches cognitives et des expériences comportementales prévues lors de la dernière séance.
- Agenda de séance : choix d'un thème par le patient.
- Récapitulations fréquentes par le thérapeute.
- Techniques cognitives, émotionnelles, interpersonnelles et comportementales pour modifier les schémas.
- Résumé de séance qui est effectué par le patient.
- *Feedback* du patient sur ce qui lui a plu et déplu dans les interventions du thérapeute en vue d'une élaboration commune des problèmes relationnels.

- Discussion des programmes des tâches cognitives et des expériences comportementales.
- Agenda de la prochaine séance fixée en fonction des résultats de cette séance : thème à aborder en priorité.

### Séances une à cinq

Les premières séances consistent à repérer les émotions et les affects, en utilisant le jeu de rôle, ou lorsque l'émotion apparaît en cours de récit par le patient. Ces sondages cognitifs permettent d'isoler les monologues intérieurs et les images dépressives.

Le thérapeute met en évidence les liens entre la pensée, l'émotion et les comportements dépressifs. Un bref manuel psychoéducatif expliquant les relations entre pensées, émotions, et comportements, ainsi que les principes de la thérapie cognitive est remis au patient. Il peut montrer l'utilisation des fiches d'autoenregistrement des situations qui provoquent les émotions et les pensées automatiques, que le patient va remplir en dehors des séances (fiche quotidienne d'enregistrement des pensées automatiques). Le thérapeute propose tout de suite des activités qui seront enregistrées avec les activités spontanées de plaisirs et maîtrise sur une fiche qui sera discutée à chaque séance (fiche dite « plaisir et maîtrise »).

### Séances cinq à dix

À partir de la séance cinq et parfois avant, on commence à modifier les pensées automatiques, en demandant au sujet d'examiner les preuves et de tester les hypothèses sous-jacentes à ses pensées dans la réalité. Il lui faudra produire des alternatives positives à ces pensées négatives. Un travail particulier sur la responsabilité sera à effectuer car le patient souvent se blâme pour des choses dont il n'est pas responsable : l'externalisation de la responsabilité sera donc une méthode à utiliser constamment et surtout en cas de risque suicidaire. En somme, le patient sera progressivement entraîné à se distancier des pensées dévalorisantes qui l'assaillent. On peut s'aider, en séance et hors séances, d'une fiche d'enregistrement quotidien des pensées dite « fiche cinq colonnes » : situation, émotions, pensées automatiques, discussion des pensées automatiques et résultat.

### Séances dix à vingt

À partir de la séance dix, on isole les distorsions cognitives et les postulats dysfonctionnels. Les postulats sont argumentés avec le patient au cours de séances où l'on va utiliser le dialogue socratique où le thérapeute pose des questions sans imposer des réponses (questionnement socratique).

Le sujet est soumis à des règles intérieures rigides, des postulats silencieux qui gouvernent sa vie. Il en souffre, mais la vérité de ces postulats est inébranlable. Il faut donc lui apprendre la démarche difficile de tester des hypothèses, qui lui permettra de passer d'une assimilation de la réalité extérieure à ses schémas, d'une accommodation de ceux-ci au monde.

Le thérapeute qui cherche à mettre en évidence un postulat peut utiliser la technique dite de « flèche descendante » : si le pire se réalise quelle en est la conséquence ? Et qu'est-ce que cela représente pour vous ? Cette analyse en cascade permet d'aller jusqu'à la conséquence ultime et la plus redoutée.

On cherche à regrouper les pensées du patient en thèmes communs et à établir les règles personnelles tyranniques issues des postulats. La validité de ces postulats est progressivement mise en question par le thérapeute sous la forme interrogative : « est-il toujours vrai que ? ». On peut ensuite utiliser des techniques de résolution de problème pour tester non seulement la vérité, mais aussi l'utilité à court et long terme de maintenir un tel système de croyances devant des problèmes pratiques à résoudre. Finalement le patient arrive à intérioriser cette méthode de restructuration de ses pensées automatiques, de ses distorsions cognitives et de ses postulats. Une fiche de mise en question des postulats est proposée pour prolonger la séance dans la vie de tous les jours.

Enfin des tâches graduées permettent de faire en sorte que le patient puisse bénéficier d'expériences de plaisir et de maîtrise

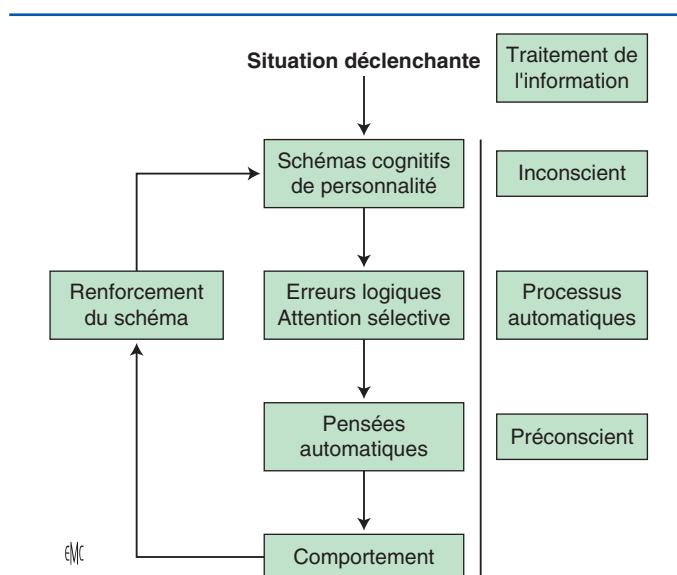


Figure 3. Personnalité et traitement de l'information. D'après [7].

dans la réalité. Le jeu de rôle, la présentation d'images mentales sous relaxation permettent de préparer dans certains cas cet affrontement de la réalité où angoisse et sentiments dépressifs se mêlent.

Le but n'est donc pas l'élimination de la pensée négative qui est nécessaire au bon fonctionnement mental, mais le rétablissement d'une dialectique entre environ deux tiers de pensées positives et un tiers de pensées négatives [22].

La thérapie se termine par un programme de maintenance fait de tâches aussi bien cognitives que comportementales. Le patient est revu de mois en mois durant six mois, puis deux fois dans le deuxième semestre après la thérapie. Des séances de rappel peuvent être proposées.

## ■ Modèle cognitif des troubles de la personnalité

À leurs débuts, les thérapies cognitives ne cherchaient pas à retrouver des souvenirs infantiles lointains, ni à étudier les relations familiales précoces. L'intégration des données expérimentales venues du modèle éthologique de l'attachement de Bowlby [26] et la conceptualisation de Jeffrey Young [27-30] concernant les schémas précoces de personnalité ont considérablement élargi le modèle proposé par Beck [31] et Layden [6].

La personnalité est l'ensemble des constructions mentales personnelles, ou schémas cognitifs, que nous établissons pour interpréter le monde. Les personnalités pathologiques proviendraient, sur un socle biologique tempéramental, de l'inadaptation des constructions, de leur absence, ou de leur rigidité : ce qui va aboutir à des conséquences émotionnelles et comportementales néfastes. N'est filtré de la réalité que ce qui correspond au schéma : ce qui aboutit à des distorsions cognitives dont la principale est l'inférence arbitraire. Voici une représentation de ce modèle selon Cottraux et Blackburn [7] sur la Figure 3.

### Caractéristiques des schémas de personnalité

Les schémas de personnalité représentent des interprétations personnelles et automatiques de la réalité qui influent sur les stratégies individuelles d'adaptation et provoquent la répétition de scénarios de vie. Un scénario de vie est une situation piège dans laquelle une personne se débat, sans succès, et qui se répète en de nombreuses occasions tout au long de la vie. Elles sont entraînées dans la spirale descendante de l'insuccès avec la dépression pour horizon. La personne scénarisée va maintenir des relations stéréotypées avec les autres : la victime du devoir, le loser, le battant, la victime, le séducteur, la star narcissique [32]. Ils se manifestent par des distorsions cognitives et des biais spécifiques à chacun des

**Tableau 1.**  
Schémas précoces inadaptés en relation avec les domaines d'attachement<sup>[35]</sup>.

Domaine des schémas	Besoins infantiles inassouvis et problèmes d'attachement	18 schémas
Séparation et rejet (déconnexion)	Attachement sécurisé, acceptation, soutien nourricier, protection	Carence émotionnelle Abandon/instabilité Méfiance/abus Isolement social/aliénation Déficience/honte/non-valeur
Manque d'autonomie et de réussite	Autonomie, compétence, identité	Échec, dépendance/incompétence Vulnérabilité à la menace ou la maladie Fusion (interdépendance émotionnelle)/soi sous-développé
Manque de limites	Limites réalistes, autocontrôle	Droits personnels exagérés/grandiosité Autocontrôle insuffisant
Orientation sur les autres (surconnexion)	Expression libre des besoins et des émotions	Subjugation (assujettissement) Sacrifice de soi Recherche de l'approbation
Surveillance et inhibition	Jeu et spontanéité	Inhibition émotionnelle Standards exigeants Négativité/pessimisme Orientation sur la punition

grands types de personnalité. Précocement acquis, souvent dans la période sensible qui correspond à la relation d'attachement, ils se traduisent par une vulnérabilité cognitive individuelle. Ils représentent une prédiction qui se réalise dans de domaine relationnel : une personnalité paranoïaque finit par induire la persécution. Ils sont plus difficiles à détecter et à modifier que les schémas liés aux syndromes psychiatriques, car ils sont activés par la vie quotidienne, et font partie de la personne et parfois de la culture d'un groupe. L'activation des émotions par des situations « gâchettes » les déclenche.

Les schémas précoces inadaptés sont évalués par le Questionnaire des schémas de Young (YSQ-II), qui comporte 15 schémas et a été revalidé en français par Lachenal-Chevallet et Mauchand<sup>[33, 34]</sup>. Il existe aussi une troisième version de ce questionnaire (YSQ-III) qui comporte 18 schémas et a également été revalidé en français par Hawke et Provencher<sup>[35]</sup>.

Le **Tableau 1** représente ces 18 schémas en le mettant en relation avec les domaines d'attachement dont ils représentent une modalité dysfonctionnelle.

## Processus qui maintiennent les schémas de personnalité

Pourquoi est-il difficile de changer des comportements qui mettent une personne en échec ? Plusieurs processus de maintien des schémas ont été décrits qui représentent une manière de s'adapter au schéma.

- Maintien des schémas par distorsion de l'information et soumission au schéma pour le maintenir. Le schéma est alors une prédiction qui s'autoréalise et maintient le sujet dans son scénario de vie sans qu'il s'en rende véritablement compte.
- Maintien des schémas par évitement : le patient développe des procédés, conscients ou automatiques, pour bloquer toute connaissance du schéma. La manœuvre d'évitement peut être cognitive, affective et/ou comportementale.
- Maintien des schémas par compensation. Une personne qui se sous-estime du fait d'une carence affective de l'enfance peut développer un comportement narcissique destiné à combler cette faille douloureuse. Comme elle se vit sans valeur et rejetée, elle présentera des traits compensatoires de perfectionnisme, d'ostentation, d'inflation de soi et de mépris des autres.
- Maintien par renforcement venu de l'environnement. Un comportement de star narcissique sera constamment renforcé par un entourage flagorneur.
- Maintien par modèles réels issus de la famille ou de l'environnement social, mais aussi des modèles symboliques issus de la télévision ou des médias.

## ■ Thérapie cognitive des troubles de la personnalité

Les thérapies cognitives des troubles de la personnalité se déroulent sur 1 à 3 ans et comportent entre 30 et 100 séances d'une heure, effectuées par un seul thérapeute. Elles utilisent des techniques cognitives, émotionnelles, comportementales, interpersonnelles et des stratégies de maintien pour modifier les schémas cognitifs précoces perturbés.

### Établir une relation thérapeutique positive et utiliser les fluctuations relationnelles

La reconnaissance par le thérapeute de la difficulté du changement pour le patient est nécessaire au succès de la thérapie. Tout au long de la thérapie, les fluctuations relationnelles seront utilisées pour mettre au jour les schémas et effectuer des expériences émotionnelles et comportementales correctrices.

### Méthodes cognitives

Comme les schémas inadaptés précoces sont de longue durée, il faut être prêt à poursuivre la thérapie pendant un an et parfois jusqu'à trois ans.

### Conceptualisation du cas et recherche des schémas

Elles se font à travers le récit de la vie du patient et des événements récents qu'il a pu vivre. Le thérapeute peut mettre au jour par exemple un schéma de types « idéaux exigeants », et construire avec le patient une série d'hypothèses sur la genèse de ce schéma.

### Établir les arguments pour et contre les schémas

Le thérapeute et le patient passent en revue tous les faits, accumulés au cours des années, qui soutiennent cette vue de soi-même qui n'a jamais été mise en question. Les patients présentent parfois une longue liste de faits, mais le plus souvent il devient évident que la croyance repose seulement sur quelques incidents ou situations.

### Montrer que l'argumentation contraire au schéma n'a pas été prise en compte

La discussion socratique consiste à évaluer le schéma et à envisager les arguments pour et contre celui-ci, par des questions inductives qui représentent une découverte guidée de ce qui n'est

pas conscient. Lorsque l'argumentation « pour » le schéma a été recueillie, on passe à la recherche des preuves qui vont à l'encontre du schéma.

### Méthode du continuum

Après avoir défini par exemple ce qu'est une personne impulsive, dépendante ou qui « vaut » quelque chose ou une personne « sans valeur », on établit un continuum de 0 à 100, dont les deux pôles sont définis. Et le thérapeute demande au patient de s'évaluer sur le continuum et de mettre en question une vue en « noir et blanc » de lui-même.

### Réinterprétation des expériences de l'enfance

La famille a pu faire jouer à l'enfant un rôle qui n'était pas forcément dans son intérêt, mais qui remplissait une fonction pour ses parents à cette époque. Avec l'aide du patient, le thérapeute considère chaque membre de la famille, essayant d'arriver à une vue plus réaliste de la vie familiale de l'enfant. Il ne faut pas invalider la perception que le sujet a de sa famille, mais reconnaître avec empathie les traumatismes, mais aussi l'aider à se dégager de l'emprise du trauma sur la vie présente.

### Historique du schéma et sa mise à l'épreuve

C'est une technique efficace, concernant les preuves pour et contre le schéma en examinant toute la vie du patient, étape par étape de deux ou cinq ans. Cette méthode permet de revenir vers la période passée qui s'est révélée critique pour le développement du schéma.

### Développer des « mémo flashes »

Il s'agit simplement de phrases, construites par le patient, qui évoquent les preuves contraires au schéma. Elles sont utiles quand tout va mal et qu'une vue équilibrée semble impossible. Une fiche permet d'appliquer cette méthode dans la vie de tous les jours.

## Méthodes affectives

### Discussion de la responsabilité personnelle

Souvent le patient se blâme pour ce qui lui arrive : ce qui le déprime. Dans ce cas, le thérapeute peut procéder à une réattribution de responsabilité pour toutes les difficultés rencontrées. On peut demander au patient d'établir des pourcentages représentés sous la forme d'un « camembert » statistique.

### Jeux de rôle sur le passé

Le thérapeute joue d'abord le rôle de l'un des parents et le patient est lui-même, enfant. Ces rôles doivent souvent être inversés car le patient n'est pas encore capable d'adopter le rôle enfant/adulte avec assez de conviction ou d'assurance. Cette interversion de rôle continue jusqu'à ce que le patient soit satisfait de ce qu'il a présenté, son propre point de vue et qu'il a été compris. La séquence doit toujours finir par le thérapeute dans le rôle de l'un des parents et le patient jouant son propre rôle.

### « Reparentage » limité

Young<sup>[30]</sup> s'est efforcé d'ancrer son modèle sur celui de l'attachement de Bowlby<sup>[26]</sup>. Il se fonde aussi sur les perspectives actuelles des neurosciences concernant les relations entre le conditionnement émotionnel, l'apprentissage non associatif et les souvenirs traumatiques<sup>[36-38]</sup>. Cependant les schémas ne résultent pas tous d'expériences traumatiques intenses et ponctuelles, ils peuvent avoir été stabilisés pas des expériences précoces répétées et nocives.

Young, en plus des schémas qui sont des traits stables de personnalité, a décrit des modes de schémas qui sont des états labiles en lien avec des fluctuations émotionnelles qui sont particulièrement apparents chez les patient(e)s *borderline*. Un mode est une facette de la personnalité qui n'a pas été intégrée avec les autres facettes, et les modes vont se traduire par des manifestations d'humeurs mal intégrées et inappropriées socialement et dommageables pour les

### Tableau 2.

Les dix modes de Young (2005).

<b>Stratégies d'adaptation inappropriées</b>
Obéissance au schéma : le soumis inconditionnel
Évite le schéma : le protecteur détaché
Surcompensation du schéma : le surcompensateur
<b>Modes infantiles</b>
Vulnérable
Coléreux
Impulsif
Enfant heureux
<b>Modes parentaux</b>
Parent punitif
Parent exigeant
Parent/adulte sain

patients : ce sont des parties du moi en conflits. Young a décrit dix modes principaux sur lesquels les thérapeutes et le patient doivent se focaliser avec pour but de construire un mode « adulte sain ». Le **Tableau 2** représente ces dix modes.

Le psychothérapeute aide le patient à mettre des mots sur l'expérience émotionnelle du schéma à travers les modes et à réparer les dégâts par des méthodes de « reparentage » (*reparenting*) qui représentent une expérience émotionnelle correctrice. Ces méthodes effectuées principalement en imagination consistent à réparer les carences affectives vécues par le patient. Young a suggéré des attitudes de « reparentage » encore plus directes : par exemple le thérapeute laisse un numéro de téléphone où il peut être joint à tout moment et donne ainsi plus de son temps personnel au patient : cette méthode n'est pas validée par une étude comparative de Nadort<sup>[39]</sup>.

## Méthodes interpersonnelles

Elles sont liées à la relation thérapeutique elle-même. Pendant les séances, le thérapeute doit constamment observer les signes qui peuvent révéler le déclenchement d'un schéma. Des manifestations de fortes émotions peuvent indiquer des pensées automatiques ayant trait à la thérapie : c'est le moment opportun pour examiner et mettre en question le schéma. L'attitude empathique du thérapeute est essentielle, mais il est important d'établir des limites professionnelles. La relation peut et même doit éveiller des cognitions négatives. Le thérapeute doit alors être capable de se décadrer et de communiquer sur la relation.

## Méthodes comportementales

Il est essentiel d'agir sur les comportements soit pour recueillir des données qui invalident le schéma, soit pour modifier les stratégies comportementales qui le maintiennent.

### Résolution de problème

Une des constantes des troubles de personnalité est la difficulté à résoudre les problèmes de manière créative. La méthode de résolution de problème en sept points est à appliquer face aux décisions que les patients n'arrivent pas à prendre, ce qui les bloque dans une impasse existentielle.

### Expériences comportementales pour tester les schémas

Le patient qui évite de se faire des amis par peur qu'ils ne l'abandonnent essaiera d'adopter une attitude plus sociable, acceptant de passer une soirée avec des collègues, ou les invitant chez lui, pour examiner comment les autres réagissent envers lui. Le patient dépendant, qui a peur de dire « non » et fait tout ce qu'on lui demande, apprendra peu à peu à refuser son aide dans certaines circonstances et à tester de cette manière si, dans ce cas, les autres le rejettent totalement.

### Tâches et renforcement

Le thérapeute renforce les progrès, même limités, faits par le patient. Le patient peut aussi décider de changer de milieu pour

**Tableau 3.**

Niveaux de preuve d'efficacité des trois approches psychothérapeutiques examinées chez l'adulte.

	Efficacité établie (1) ou présomption d'efficacité (2)
Schizophrénie (phase aiguë) avec médicaments	Thérapie psychoéducative familiale sur taux de rechute à 2 ans (1) Approche TCC (2)
Schizophrénie (stabilisée suivie en ambulatoire) avec médicaments	Approche psychoéducative familiale (1) Approche TCC (acquisition d'habiletés sociales, gestion des émotions) (1)
Dépression hospitalisée sous antidépresseurs	Approche TCC (1)
Trouble bipolaire avec médicaments	Approche psychoéducative familiale (conjugale) et approche TCC (2)
Trouble panique	Approche TCC (1) Approche psychodynamique brève avec antidépresseurs (2)
Stress post-traumatique	Approche TCC (dont EMDR) (1) Approche psychodynamique brève (2)
Troubles anxieux (TAG, TOC, phobies)	Approche TCC (1)
Boulimie	Approche TCC (1)
Anorexie	Thérapies familiales chez les patients jeunes (2); approche TCC pour la prévention des rechutes (2)
Troubles de la personnalité	Approche psychodynamique (1) Approche TCC (1)
Alcoolodépendance	Thérapies familiales et approche TCC dans le maintien de l'abstinence (1)

TCC : thérapie cognitivocomportementale; EMDR : *eye movement desensitization and reprocessing*; TAG : troubles anxieux généralisés; TOC : troubles obsessionnels compulsifs.

renforcer le nouveau schéma qui n'est plus en phase avec l'ancien environnement. Par exemple une femme qui se sent dévalorisée au point d'accepter des comportements abusifs de son compagnon changera de partenaire et de style de vie.

## Méthodes de consolidation

Une fois que l'ancien schéma a été mis en question et jugé inadéquat par le patient, le thérapeute doit s'efforcer de consolider le schéma sain par un journal des expériences positives qui soutiennent le nouveau schéma et une liste de prédictions négatives qui ne se sont pas réalisées. Après dix ou 15 prédictions non réalisées, le patient note ses émotions, ses pensées automatiques et le degré de croyance qu'il accorde à l'ancien schéma, ainsi qu'au nouveau.

## ■ Résultats des travaux contrôlés

Le modèle général a été appliqué à l'ensemble des troubles psychopathologiques et testé dans de multiples essais contrôlés qui font de la TCC la forme de thérapie la mieux validée scientifiquement, à ce jour.

## Résultats des thérapies cognitives et comportementales

Plusieurs rapports institutionnels sur l'efficacité des psychothérapies ont donné un grade A (efficacité démontrée) dans de nombreuses indications, en particulier le rapport de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) de 2004 : trois thérapies évaluées<sup>[40]</sup>. Le **Tableau 3** présente les principaux résultats de ce rapport.

Depuis ce rapport, trois revues<sup>[20,21,41]</sup> ont présenté une analyse plus récente des preuves d'efficacité dans les principales indications des TCC. De plus, une revue de la littérature d'Hofmann<sup>[42]</sup> qui reprenait les données de 269 méta-analyses confirme ces résultats en apportant quelques précisions supplémentaires. À partir de 106 méta-analyses représentatives de cet échantillon, elle retrouve des résultats positifs pour les problèmes suivants qui recouvrent la quasi-totalité du champ de la psychopathologie : les addictions, la schizophrénie et autres troubles psychotiques, la dépression et la dysthymie, les troubles bipolaires, les troubles anxieux, les troubles somatoformes, les troubles des conduites alimentaires, l'insomnie, les troubles de la personnalité, la colère et l'agressivité, les conduites criminelles, les stress général, la détresse liée aux maladies physiques, la douleur chronique, la fatigue chronique, la détresse liée à la grossesse compliquée et aux troubles hormo-

naux, les troubles de l'enfance et ceux des personnes âgées. En général, le niveau de preuves de la TCC est élevé par rapport à des conditions contrôles, inactives, ou à d'autres formes de psychothérapie. Le niveau le plus élevé de preuves était retrouvé dans les troubles anxieux, les troubles somatoformes, la boulimie, le contrôle de la colère et le stress général. D'autres travaux seraient sans doute utiles pour confirmer, encore mieux, les résultats de ces méta-analyses, en dépit de leur nombre. L'évolution exponentielle de la littérature de recherche contrôlée en TCC permettra de la faire dans les cinq années à venir. Enfin, il serait sans doute nécessaire d'aborder deux domaines négligés : celui des minorités ethniques et celui des personnes défavorisées par des revenus peu élevés, étant donné que l'on sait qu'une grande partie des troubles psychopathologiques sont déclenchés, aggravés ou maintenus par la pauvreté, et, également, par les difficultés d'accès aux soins.

Certaines études contrôlées récentes doivent être soulignées, car elles apportent des données spécifiques dans des troubles que l'on considérait comme peu abordables par les TCC. Les troubles bipolaires traités par des normothymiques bénéficient des thérapies cognitives comme le montre une étude contrôlée de Lam<sup>[43]</sup>. Les thérapies cognitives préviennent la récurrence des tentatives de suicide<sup>[44]</sup>. Les thérapies cognitives ont montré leur efficacité dans le trouble de personnalité *borderline* dans quatre études comparatives, dans lesquelles elles se sont révélées supérieures à la thérapie psychanalytique<sup>[45]</sup>, le traitement habituel<sup>[46-48]</sup>, la thérapie de soutien selon Carl Rogers<sup>[49]</sup>. Les suivis vont de 1 à 6 ans.

Les thérapies cognitives font jeu égal avec la thérapie psychanalytique dans un ensemble de troubles correspondant au groupe C : personnalités anxieuses et peureuses<sup>[50]</sup>. Dans la personnalité évitante, elles apparaissent supérieures à la thérapie psychanalytique<sup>[51]</sup>. La thérapie des schémas a reçu un début de validation dans les troubles de la personnalité autres que le trouble de personnalité *borderline*. Une étude contrôlée randomisée en trois groupes due à Bamelis<sup>[51]</sup> qui regroupait des troubles de personnalité du groupe C, du groupe B (histrionique et narcissique) et du groupe A (paranoïaque) a montré que la thérapie des schémas était supérieure d'une part au traitement habituel et d'autre part à une thérapie d'inspiration « Rogerienne » : la thérapie de clarification et *insight*. Le suivi de cette étude était de trois ans.

## ■ Voies nouvelles de développement des thérapies cognitives

Les thérapies cognitives sont appliquées maintenant dans le monde entier et A.-T. Beck a reçu en 2006 le prix Lasker, la plus



haute distinction médicale aux États-Unis. Les thérapies comportementales ont été intégrées dans un modèle plus large qui a pour nom, en anglais, *cognitive behaviour therapy* (CBT); en français, « thérapie cognitive et comportementale », ou « thérapie cognitivocomportementale ». L'Association européenne EABT est devenue l'European Association for Behavioral and Cognitive Therapies (EABCT) en 1990. L'Association américaine de thérapie comportementale n'a changé son intitulé « AABT » en Association for Behavioral and Cognitive Therapies (ABCT) qu'en 2005.

La première voie de développement est celle du travail sur les émotions [52].

L'acceptation des émotions positives et négatives par la méditation assise ou marchée a été proposée par la *mindfulness* ou « thérapie de pleine conscience » qui dérive du bouddhisme [53]. La *mindfulness* ne vise pas à induire un état de relaxation mais à mieux ressentir et observer le fonctionnement mental et physique avec une « acceptation radicale et bienveillante », sans jugement. Son programme comprend l'observation, la description, l'action consciente, le non-jugement et la non-réaction. Les pensées sont vues comme des événements mentaux, indépendants de leur contenu et de leur charge émotionnelle qu'il faut accepter et non pas restructurer comme dans les thérapies cognitives. Le sujet peut se déconnecter des pensées négatives, impermanentes et se reconnecter sur les sensations présentes.

Quelques travaux contrôlés suggèrent un effet positif de cette thérapie dans la prévention des rechutes de patients dépressifs. Elle se présente sous la forme de thérapie cognitive ou de gestion du stress fondée sur la *mindfulness* [54-56]. Un travail d'évaluation méta-analytique institutionnel, incluant tous les types de méditation, recommande de faire des études plus rigoureuses avant de conclure à une efficacité démontrée [57]. Mais une méta-analyse plus récente a fait le point sur les données contrôlées en se centrant sur ce qui est spécifiquement la *mindfulness* et non les méthodes anciennes de méditation telles que la méditation transcendantale et d'autres pratiques encore plus difficiles à cadrer d'un point de vue scientifique. Cette méta-analyse due à Hofmann [58] a inclus 39 études, avec 1140 patients au total et qui portaient sur le cancer, le trouble anxieux généralisé, la dépression, ainsi que d'autres problèmes médicaux et psychiatriques. Les résultats montrent dans l'échantillon total un effet modéré sur l'anxiété (Hedges's  $g=0,63$ ) et sur les troubles de l'humeur (Hedges's  $g=0,59$ ), lorsque l'on compare l'avant traitement au post-traitement. En revanche, en se limitant aux patients ayant des troubles anxieux ou de l'humeur, la taille d'effet devient importante sur l'anxiété : 0,97 et également sur l'humeur : 0,95. Cette taille d'effet est large et robuste et elle apparaît sans relation avec l'année de publication de l'étude et le nombre de séances de traitement. Les effets positifs se maintiennent au suivi. Ainsi la *mindfulness* apparaît comme un traitement prometteur pour l'anxiété et la dépression, et en particulier pour traiter les rechutes dépressives ou accroître les effets d'une thérapie cognitive de la dépression dont les résultats ont été incomplets.

Une étude contrôlée de Bowen [59] a également mis en évidence l'efficacité d'un programme de prévention des rechutes, fondé sur la *mindfulness* chez des patients présentant une addiction aux substances toxiques. Ce programme était présenté sous forme d'une thérapie de groupe qui s'étalait sur les huit séances.

- Passer du pilote automatique à la pleine conscience pour prévenir les rechutes.
- Pleine conscience des déclencheurs du manque et du désir de substance.
- La pleine conscience au quotidien : mise en place d'un espace sobre en imagination dans lequel le patient peut revenir en cas de crise où il ressent un besoin impérieux d'une substance dont il est dépendant.
- Activer la pleine conscience dans les situations à risque.
- Acceptation des souffrances du manque et développer des actions compétentes.
- Voir les pensées comme des pensées seulement et surfer sur les pensées génératrices de l'appétence à la substance toxique.
- Prendre soin de soi et équilibre du style de vie.
- Développer un réseau de soutien social et avoir une pratique continue de la méditation.

Une des limites de cette méthode est la nécessité pour les participants de pratiquer la méditation environ 45 minutes par jour. Cependant ces résultats sont encourageants, tout en nécessitant des confirmations par d'autres études conduites par des équipes indépendantes.

La seconde voie de développement est celle de la psychologie positive.

Les thérapies cognitives se sont beaucoup intéressées aux schémas cognitifs dysfonctionnels, y compris sociaux [60]. Mais qu'en est-il du fonctionnement psychologique optimal ? Le courant de psychologie positive se développe depuis une vingtaine d'années [61] et s'intéresse aux expériences subjectives positives, en particulier le bonheur et le bien-être, ainsi qu'aux traits de personnalité positifs comme l'empathie, la compassion, la gratitude, la créativité et l'optimisme. Il en résulte des thérapies du bien-être qui ont été testées dans la dépression et l'anxiété généralisée et la mise en place d'interventions cliniques préventives pour favoriser l'optimisme. Leur but est de développer des forces du caractère qui préviennent la dépression et l'anxiété tout au long de la vie. Cinq études contrôlées ont été rapportées dans un ouvrage de Seligman [62]. Les programmes incluent des méthodes de TCC tout à fait classiques qui consistent à développer des compétences cognitives qui sont déjà présentes, discuter les pensées négatives, instiller de l'espoir, accroître le sentiment d'efficacité personnelle, proposer l'entraînement à l'affirmation de soi et à la résolution de problèmes. Ces groupes doivent être mis en place avant la puberté, mais suffisamment tard pour qu'ils aient des « métacognitions » : cognitions sur les cognitions.

La troisième voie de développement est celle des neurosciences.

Des anomalies de la neurotransmission peuvent entraîner des dysfonctionnements des réseaux de neurones, qui seront améliorés aussi bien par des médicaments que par les TCC. Ce point a été démontré par des travaux de neuroanatomie fonctionnelle dans les obsessions-compulsions, les phobies sociales, les phobies spécifiques, la personnalité *borderline* et la dépression. Néanmoins une connaissance approfondie de l'intimité des processus thérapeutiques demande des recherches plus poussées [63]. Clark et Beck [64] suggèrent, dans une revue, que l'efficacité de la thérapie cognitive puisse être mise en relation avec une diminution de l'activité des régions impliquées dans la genèse des émotions négatives (régions de l'hippocampe et de l'amygdale) et une augmentation de l'activité des régions frontales impliquées dans le filtrage et le contrôle cognitif de ces émotions négatives.

Une méta-analyse de Hamilton [65] montre que l'hyperactivité de la région du pulvinar (région postérieure du thalamus) sélectionne l'information négative en priorité par rapport à l'information positive. Du fait d'une baisse de la dopamine, le circuit frontal de réévaluation de l'information ne serait pas activé. Ces résultats sont compatibles avec le modèle cognitif de la dépression.

Une étude de Mc Grath [66], effectuée avec la tomographie par émission de positons, montre que l'hypométabolisme de l'insula prédit la réponse à la TCC et non à l'escitalopram, alors que l'hypermétabolisme de l'insula prédit une réponse à l'escitalopram et non à la TCC. Ces faits expérimentaux demandent à être confirmés par d'autres études.

## ■ Conclusion

La thérapie cognitive, sous la forme de TCC, est actuellement la forme de psychothérapie la mieux validée par la médecine fondée sur les preuves. Elle apparaît utile soit seule, soit associée à des médicaments dans la quasi-totalité des troubles psychiatriques. La recherche à venir devrait se concentrer plus sur les processus de changement et leurs corrélations neurobiologiques évaluées par la neuro-imagerie. Les travaux récents sur ce sujet apparaissent comme prometteurs. Les études contrôlées récentes sur la thérapie des schémas dans les troubles de la personnalité et l'utilisation de la thérapie cognitive fondée sur la *mindfulness* (pleine conscience) dans les addictions et la dépression représentent des avancées significatives. De plus, un modèle nouveau de prévention par la psychologie positive commence à être validé par des études contrôlées.

**Déclaration d'intérêts :** l'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts en relation avec cet article.



## Références

- [1] Beck AT. *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper and Row; 1967.
- [2] Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press; 1976.
- [3] Janet P. *L'automatisme psychologique*. Paris: Odile Jacob; 1989.
- [4] Piaget J. *Six études de psychologie*. Paris: Gonthier; 1964.
- [5] Piaget J. *La formation du symbole chez l'enfant*. Lausanne: Delachaux et Niestlé; 1994.
- [6] Layden MA, Newman CF, Freeman A, Morse SB. *Cognitive therapy of borderline personality disorder*. Boston: Allyn and Bacon; 1993.
- [7] Cottraux J, Blackburn IM. *Psychothérapie cognitive des troubles de la personnalité*. Paris: Masson; 2006.
- [8] Adler A. *The science of living*. New York: Harper and Row; 1929.
- [9] Sperry L. Adlerian psychotherapy and cognitive therapy: an Adlerian perspective. *J Cogn Psychother* 1997;**11**:157-64.
- [10] Kelly G. *A theory of personality. The psychology of personal constructs*. New York: Norton; 1955.
- [11] Ellis A. *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart; 1962.
- [12] Head H. Sensation and the cerebral cortex, Brain, (1918) Traduit en Français. In: Corraze J, editor. *Schéma corporel et image du corps*. Toulouse: Privat; 1973.
- [13] Bartlett FC. *Remembering*. New York: Columbia University Press; 1932.
- [14] Ingram RE, Wisnicki KS. Cognition in depression. In: Magaro PA, editor. *Cognitive bases of mental disorders (vol. 1)*. Newbury Park, Ca: Sage; 1991. p. 187-239.
- [15] Bandura A. *Social learning theory*. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1977.
- [16] Bandura A. *Auto efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*. Louvain-la Neuve: De Boeck; 2007.
- [17] Alford BA, Beck AT. *The integrative power of cognitive therapy*. New York: The Guilford Press; 1997.
- [18] Clark DA, Hollifield M, Leahy R, Beck JS. Theory of cognitive therapy. In: Gabbard GO, editor. *Psychotherapeutic treatments*. Washington: American Psychiatric Publishing; 2009. p. 165-200.
- [19] Beck AT. Cognitive therapy: a 30-year retrospective. In: Cottraux J, Légeron P, Mollard E, editors. *Which psychotherapies in year 2000?* Amsterdam: Swets and Zeitlinger; 1992. p. 13-28.
- [20] Beck AT. The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective. *Arch Gen Psychiatry* 2005;**62**:953-9.
- [21] Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev* 2006;**26**:17-31.
- [22] Blackburn IM, Cottraux J. *Psychothérapie cognitive de la dépression*. Paris: Masson; 2008. p. 39-52.
- [23] Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press; 1979.
- [24] Cottraux J. *Les thérapies comportementales et cognitives*. Paris: Masson; 2004.
- [25] Cungi C. *L'alliance thérapeutique*. Paris: Retz/Sejer; 2006.
- [26] Bowlby J. *A secure base*. New York: Routledge classics; 1988.
- [27] Young J. *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach*. Sarasota: Professional Resource Press; 1990.
- [28] Young J. *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach (revised)*. Sarasota: Professional Resource Press; 1994.
- [29] Young J, Klosko JS. *Je réinvente ma vie*. Montréal: Les Éditions de l'Homme; 1995.
- [30] Young J, Klosko J, Weishaar M. *La thérapie des schémas. Approche cognitive des troubles de la personnalité*. Louvain-la-Neuve: De Boeck; 2005.
- [31] Beck AT, Freeman A. *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: The Guilford Press; 2004.
- [32] Cottraux J. *La répétition des scénarios de vie*. Paris: Odile Jacob; 2001.
- [33] Lachenal-Chevallet K, Mauchand P, Cottraux J, Bouvard M, Martin R. Factor analysis of the schema questionnaire-short form in a nonclinical sample. *J Cogn Psychother* 2006;**20**:217-24.
- [34] Mauchand P, Lachenal-Chevallet K, Cottraux J. Validation empirique du questionnaire abrégé des schémas de Young (YSQ-S2) sur une population de patients présentant un trouble de la personnalité borderline et de sujets témoins. *Encephale* 2011;**37**:138-43.
- [35] Hawke LD, Provencher MD. The Canadian French Young Schema Questionnaire: confirmatory factor analysis and validation in clinical and nonclinical samples. *Can J Behav Sci* 2012;**44**:40-9.
- [36] LeDoux J. *Neurobiologie de la personnalité*. Paris: Odile Jacob; 2003.
- [37] LeDoux J. *The emotional brain*. New York: Simon and Schuster; 1996.
- [38] Kandel E. *À la recherche de la mémoire: une nouvelle théorie de l'esprit*. Paris: Odile Jacob; 2007.
- [39] Nadort M, Arntz A, Smit JH, Giesen-Bloo J, Eikelenboom M, Spinhoven P, et al. Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: a randomized trial. *Behav Res Ther* 2009;**47**:961-73.
- [40] Inserm. *Psychothérapie: trois approches évaluées. Expertise Collective Inserm*. Paris: Inserm; 2004.
- [41] Epp AM, Dobson KS, Cottraux J. Applications of Cognitive-Behavioral Therapy to specific disorders. Efficacy and indications. In: Gabbard GO, editor. *Psychotherapeutic treatments*. Washington: American Psychiatric Publishing; 2009. p. 239-62.
- [42] Hofmann SG, Anu A, VonK. IJ, Sawyer AT, FangF A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cogn Ther Res* 2012;**36**:427-40.
- [43] Lam D, Hayward PT, Watkins ER, Wright K, Sham P. Relapse prevention in patients with bipolar disorder: cognitive therapy outcome after two years. *Arch Gen Psychiatry* 2005;**62**:324-9.
- [44] Brown GK, Tenhave T, Henriques GR, Xie SX, Hollander JE, Beck AT. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts. A randomized controlled trial. *JAMA* 2005;**294**:563-70.
- [45] Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W, Dirksen C, van Asselt T, et al. An outpatient psychotherapy for borderline personality disorder randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 2006;**63**:649-58.
- [46] Davidson K, Norrie J, Tyrer P, Gumley A, Tata P, Norrie J, et al. The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy (BOSCOT) trial. *J Person Disord* 2006;**20**:450-65.
- [47] Davidson KM, Tyrer P, Norrie J, Palmer SJ, Tyrer H. Cognitive therapy v. usual treatment for borderline personality disorder: prospective 6-year follow-up. *Br J Psychiatry* 2010;**197**:456-62.
- [48] Farrell JM, Shaw IA, Webber MA. A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Behav Ther Exp Psychiatry* 2009;**40**:317-28.
- [49] Cottraux J, Note ID, Boutitie F, Milliere M, Genouihlac V, Yao SN, et al. Cognitive therapy versus Rogerian supportive therapy in borderline personality disorder: a two-year follow-up of a controlled pilot study. *Psychother Psychosom* 2009;**78**:307-16.
- [50] Svartberg M, Stiles TC, Seltzer MH. Randomized controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorder. *Am J Psychiatry* 2004;**161**:810-7.
- [51] Emmelkamp PM, Benner A, Kuipers A, Feiertag GA, Koster HC, van Apeldoorn FJ. Comparison of brief dynamic and cognitive-behavioural therapies in avoidant personality disorder. *Br J Psychiatry* 2006;**189**:60-4.
- [52] Bamelis LL, Evers SM, Spinhoven P, Arntz A. Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *Am J Psychiatry* 2014;**171**:305-22.
- [53] Cottraux J. *Thérapie cognitive et émotions. La troisième vague*. Paris: Masson; 2007.
- [54] Kabat-Zinn J. *L'éveil des sens*. Paris: Les Arènes; 2009.
- [55] Zegal ZV, Williams JM, Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression. A new approach for preventing relapse*. New York: The Guilford Press; 2002. p. 46-63.
- [56] Baer RA. Mindfulness training as clinical intervention. A conceptual and empirical review. *Clin Psychol Sci Pract* 2003;**10**:125-43.
- [57] Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ): meditation practice for health: state of the research. Rockville: Evidence report/technology assessment; 2007.
- [58] Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 2010;**78**:169-83.
- [59] Bowen S, Witkiewitz K, Clifasefi SL, Grow J, Chawla N, Hsu SH, et al. Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2014;**71**:547-56.
- [60] Beck AT. *Prisonniers de la haine: les racines de la violence*. Paris: Masson; 2002.

- [61] Cottraux J. *La force avec soi. Pour une psychologie positive*. Paris: Odile Jacob; 2007. p. 121–51.
- [62] Seligman ME. *Learned optimism. How to change your mind and your life*. New York: Vintage; 2006.
- [63] Cottraux J. *TCC et neurosciences*. Paris: Masson; 2009. p. 203–18.
- [64] Clark DA, Beck AT. Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: convergence with neurobiological findings. *Trends Cogn Sci* 2010;**14**:418–24.
- [65] Hamilton JP, Etkin A, Furman DJ, Lemus MG, Johnson RF, Gotlib IH. Functional neuroimaging of major depressive disorder: a meta-analysis and new integration of base line activation and neural response data. *Am J Psychiatry* 2012;**169**:693–703.
- [66] McGrath CL, Kelley ME, Holtzheimer PE, Dunlop BW, Craighead WE, Franco AR, et al. Toward a neuroimaging treatment selection biomarker for major depressive disorder. *JAMA Psychiatry* 2013;**70**:821–9.

## Pour en savoir plus

Cottraux J. *Les psychothérapies comportementales et cognitives*. Paris: Masson; 2011.

J. Cottraux, MD, PhD, Psychiatre honoraire des Hôpitaux, ancien chargé de cours à l'Université Lyon 1, Habilitation à la direction de recherche (cottraux@univ-lyon1.fr).

21, chemin de Rochebozon, 69660 Collonges, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : Cottraux J. *Thérapies cognitives*. EMC - Psychiatrie 2016;13(4):1-11 [Article 37-820-A-50].

Disponibles sur [www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)



Arbres  
décisionnels



Iconographies  
supplémentaires



Vidéos/  
Animations



Documents  
légaux



Information  
au patient



Informations  
supplémentaires



Auto-  
évaluations



Cas  
clinique

Cet article comporte également le contenu multimédia suivant, accessible en ligne sur [em-consulte.com](http://em-consulte.com) et [em-premium.com](http://em-premium.com) :

## 1 autoévaluation

[Cliquez ici](#)