

Matériel protégé par le droit d'auteur

MÉDECINE ET PSYCHOTHÉRAPIE

Ivy Marie Blackburn  
Jean Cottraux

# Psychothérapie cognitive de la dépression

*3<sup>e</sup> édition*

**M MASSON**

Matériel protégé par le droit d'auteur

# Psychothérapie cognitive de la dépression

## CHEZ LE MÊME ÉDITEUR

### *Des mêmes auteurs*

PROTOCOLES ET ÉCHELLES D'ÉVALUATION EN PSYCHIATRIE ET PSYCHOLOGIE, par M. BOUVARD, J. COTTRAUX. *Collection Pratiques en Psychothérapie*. 2005, 4<sup>e</sup> édition, 336 pages.

PSYCHOTHÉRAPIES COGNITIVES DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ, par J. COTTRAUX, I.M. BLACKBURN. *Collection Médecine et Psychothérapie*. 2006, 2<sup>e</sup> édition, 320 pages.

LES THÉRAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES, par J. COTTRAUX. *Collection Médecine et Psychothérapie*. 2004, 4<sup>e</sup> édition, 416 pages.

PRISONNIERS DE LA HAINE. LES RACINES DE LA VIOLENCE, par A.T. BECK. Traduction française coordonnée par J. COTTRAUX. 2002, 396 pages.

THÉRAPIES COGNITIVES ET ÉMOTIONS. LA 3<sup>e</sup> VAGUE, par J. COTTRAUX. *Collection Médecine et Psychothérapie*. 2007, 232 pages.

### *Autres ouvrages*

INTRODUCTION AUX THÉRAPIES DE GROUPE. THÉORIES, TECHNIQUES ET PROGRAMMES, par J. GUIMÓN. *Collection Pratiques en Psychothérapie*. 2001, 288 pages.

LES PERSONNALITÉS PATHOLOGIQUES. APPROCHE COGNITIVE ET THÉRAPEUTIQUE, par Q. DEBRAY, D. NOLLET. *Collection Médecine et Psychothérapie*. 2005, 4<sup>e</sup> édition, 208 pages.

PSYCHOPATHOLOGIE DE L'ADULTE, par Q. DEBRAY, B. GRANGER, F. AZAIS. *Collection Les âges de la vie*. 2001, 6<sup>e</sup> édition, 416 pages.

SOIGNER PAR L'HYPNOSE, par G. SALEM, E. BONVIN. *Collection Pratiques en Psychothérapie*. 2007, 4<sup>e</sup> édition, 344 pages.

LES TRAUMATISMES PSYCHIQUES, M. DE CLERCQ, F. LEBIGOT. *Collection Médecine et Psychothérapie*. 2001, 406 pages.

LES TROUBLES ANXIEUX, par R. LADOUCEUR, A. MARCHAND, J.-M. BOISVERT. *Collection Médecine et Psychothérapie*. 1999, 2002 nouvelle présentation, 224 pages.

MANUEL DE PSYCHIATRIE, par J.-D. GUELFY, F. ROUILLON. 2007, 816 pages.

TRAITEMENT DU TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ BORDERLINE. THÉRAPIE COGNITIVE ÉMOTIONNELLE, par F. MEHRAN. *Collection Médecine et Psychothérapie*, 2006, 296 pages.

COLLECTION MÉDECINE ET PSYCHOTHÉRAPIE

---

---

# Psychothérapie cognitive de la dépression

par

Ivy Marie BLACKBURN  
Jean COTTRAUX

*Avec la collaboration de*

Lionel Collet, Évelyne Mollard  
Ivan-Druon Note et Philippe Manesse

*Préface du*

Pr A.T. Beck  
Prix Lasker de médecine

3<sup>e</sup> édition revue et augmentée



ELSEVIER  
MASSON



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photocopillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. : 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© Elsevier Masson, 1988, 1997, 2001, 2008  
ISBN : 978-2-294-70411-6  
ISSN : 0398-6756

## préface

C'est avec grand plaisir que j'écris cette introduction au premier livre en français sur la thérapie cognitive. Il est particulièrement satisfaisant que les auteurs en soient Ivy M. BLACKBURN et Jean COTTRAUX.

J'ai rencontré Ivy M. BLACKBURN pour la première fois en 1970, durant une année sabbatique que je passais à Édimbourg. À cette époque la thérapie cognitive était pratiquement inconnue à l'extérieur de Philadelphie, mais Ivy M. BLACKBURN, qui assista à plusieurs de mes conférences, semblait prendre un vif intérêt au sujet. Quelques années plus tard elle avait suffisamment mis au point sa propre technique de thérapie cognitive pour entreprendre une étude contrôlée, qui fut la première jamais faite au Royaume-Uni, et la seconde en date dans le monde. En plus de cette étude des résultats, elle a dirigé une vaste recherche sur les aspects psychologiques et cognitifs de la dépression et elle est l'un des meilleurs enseignants de la thérapie cognitive en Grande-Bretagne. Personne n'était mieux qualifié pour être auteur d'un livre sur ce sujet qu'Ivy M. BLACKBURN avec son expérience de recherche, d'enseignement et de pratique de la thérapie cognitive.

Jean COTTRAUX a abordé le domaine de la thérapie cognitive au moment où celle-ci commençait à prendre de l'importance sous l'égide du mouvement de thérapie comportementale. À cette époque, Jean COTTRAUX était déjà un chercheur et un clinicien reconnu, particulièrement en ce qui concerne l'approche comportementale des troubles de l'humeur. Depuis, avec ses collaborateurs, il a apporté des contributions importantes à l'application en France de la thérapie cognitive aux problèmes cliniques. Il est éminemment qualifié pour être le coauteur de ce livre avec Ivy M. BLACKBURN.

La thérapie cognitive est, à certains égards, un dérivé de la psychanalyse, et en particulier de la psychologie du moi (*ego psychology*). Ma première investigation systématique des rêves des patients déprimés représentait une tentative de confirmer certaines hypothèses psychanalytiques à propos de la dépression. Mais alors que j'effectuais des recherches sur la dépression, puis plus tard sur l'anxiété et d'autres problèmes, il m'apparut qu'il était plus adéquat de les expliquer par un modèle cognitif que par le modèle motivationnel de la psychanalyse. La plupart des résultats de cette recherche, ainsi que de nouvelles formulations ont été incorporées à ma pratique thérapeutique avec les patients.

L'introduction de concepts originaux et de techniques novatrices par le mouvement de thérapie comportementale a enrichi les sources de l'application des principes cognitifs aux problèmes cliniques. Ainsi la thérapie cognitive représente une synthèse de certains aspects de la psychanalyse et de la thérapie

comportementale. De la psychanalyse vient l'accent mis sur l'identification des thèmes importants et latents dans la pensée du patient, et sur la mise en évidence des subtiles interrelations entre pensée, sentiment et comportement. De la thérapie comportementale vient la structuration systématique de l'entretien thérapeutique, la définition des buts et des processus qui permettent de les atteindre, l'opérationnalisation des techniques thérapeutiques et d'évaluation.

Depuis les études initiales la thérapie cognitive a traversé une succession de phases qui se recouvrent. Un nombre croissant d'études corrélationnelles et expérimentales du modèle cognitif ont été effectuées avec constance par de multiples chercheurs dans le monde entier. Les recherches se sont centrées sur les distorsions cognitives présentes dans la mémoire des sujets déprimés, ainsi que sur la spécificité des distorsions cognitives dans la dépression, et la différenciation des états dépressifs et anxieux à partir de leur «profil cognitif». Durant cette croissance accélérée de la recherche fondamentale, l'on a assisté à un développement rapide et un raffinement des techniques de thérapie cognitive en vue de leur évaluation au cours d'études cliniques contrôlées. Les études contrôlées ont étudié l'efficacité de la thérapie cognitive non seulement dans la dépression, mais aussi dans des problèmes psychopathologiques aussi divers que les états anxieux, les attaques de panique, les troubles des conduites alimentaires, l'alcoolisme, les toxicomanies, les phobies sociales et l'anxiété de performance. La thérapie cognitive a été utilisée avec succès chez les enfants, les adolescents, les adultes, les personnes âgées. Elle a également été appliquée en groupe, à des patients hospitalisés, ou dans un cadre familial aussi bien qu'à des sujets pris en charge individuellement.

De nombreux investigateurs ont étudié les processus thérapeutiques au cours de la thérapie et obtenu des résultats qui ont contribué à la théorisation. Un développement nouveau et stimulant est représenté par l'application de la thérapie cognitive aux troubles de la personnalité. La thérapie cognitive de ces perturbations nécessite, comme on pouvait s'y attendre, une plus longue période de temps que les douze à seize semaines utilisées lors du traitement à court terme de l'anxiété ou de la dépression. Néanmoins, lorsque la thérapie est prolongée jusqu'à un ou deux ans, des résultats tout à fait encourageants ont été obtenus dans le traitement des troubles de la personnalité.

La thérapie cognitive s'enracine profondément dans la tradition de la recherche expérimentale. En fait, l'essentiel de sa pratique reflète une orientation de recherche : les problèmes du patient sont envisagés sous la forme d'un questionnement ; des hypothèses concernant les croyances et les prédictions du patient sont établies ; les évidences empiriques sont rassemblées pour tester la validité des croyances dysfonctionnelles du patient.

En plus de cette orientation de recherche le mouvement de thérapie cognitive a établi nombre de centres de formation. Au début, ces centres étaient destinés à former des thérapeutes pour les différentes études expérimentales concernant les résultats. Aujourd'hui, dans de nombreux pays, des programmes sont disponibles : ils sont destinés à former des professionnels de santé mentale afin qu'ils utilisent la thérapie cognitive dans leur pratique. À ce jour, j'ai pu identifier à travers le monde dix-huit centres qui dispensent une

formation. Bien que la majorité de ces centres soient aux États-Unis, leur nombre s'accroît progressivement dans les autres pays. Je m'attends à ce que ce livre ait pour résultat l'établissement de tels centres de formation en France.

Le présent ouvrage présente au professionnel de santé mentale, ainsi qu'à l'étudiant, et au grand public, une vue générale de l'état actuel de la thérapie cognitive. La première partie, qui est consacrée aux modèles théoriques et expérimentaux, donne une base solide pour comprendre les antécédents historiques et les cadres conceptuels qui ont conduit à la thérapie cognitive. La deuxième partie présente une description remarquable de la thérapie cognitive en termes de structure, de stratégies et de techniques. Les études de cas illustrent parfaitement la compréhension psychologique et les techniques qu'il est nécessaire d'appliquer à chaque cas et à chaque problème individuel.

Il est certain que les domaines de la psychologie, de la psychiatrie et de la psychothérapie vont tirer grand bénéfice de cette parution. Et les professionnels français de santé mentale vont enfin avoir à leur disposition un ouvrage écrit dans leur langue maternelle, et qui présente d'une façon admirable la théorie, la recherche et la pratique de la thérapie cognitive.

*Aaron T. BECK,  
Professeur de psychiatrie,  
Université de Pennsylvanie, Philadelphie.*

# préambule à la troisième édition

Nous sommes heureux de présenter à nos fidèles lecteurs, comme à ceux qui découvrent cet ouvrage pour la première fois, la troisième édition de *Thérapie cognitive de la dépression*.

Cette nouvelle édition, maintenant renommée *Psychothérapie cognitive de la dépression*, suit la première édition de 1988, reparue en 1997, et la deuxième édition de 2001. Elle a été largement révisée et augmentée par Jean Cottraux.

Depuis la deuxième édition de 2001, il y a eu plusieurs développements dans les critères diagnostiques de la dépression et de nouvelles études expérimentales et évaluatives continuent à être publiées régulièrement et fréquemment. Donc, l'introduction et les chapitres 3 (études expérimentales) et 8 (évaluation des résultats) ont été largement révisés et augmentés pour mettre à jour la bibliographie et définir le statut de la psychothérapie cognitive de la dépression en 2008. L'ampleur de la révision est attestée par l'extension de la bibliographie de 235 références à 314. Ces additions reflètent l'importance accrue de la psychothérapie cognitive dans le traitement de la dépression depuis les années quatre-vingt. En Grande-Bretagne, elle est officiellement reconnue et recommandée par le *National Institute for Clinical Excellence (NICE)*. En France également, l'Inserm, dans le rapport de 2004, a accordé un grade A (efficacité démontrée) à la thérapie cognitive et comportementale de la dépression.

Il est donc non seulement important, mais essentiel, à notre avis, que les professionnels dans le domaine de la santé mentale, qui aspirent à traiter les nombreux patients souffrant de dépression, soient formés en psychothérapie cognitive. Nous pensons que cette troisième édition de notre ouvrage, avec les révisions et augmentations déjà décrites et l'addition de plusieurs échelles, atteindra ce but.

Ivy Marie BLACKBURN

Professeur émérite à l'université du Northumberland, Newcastle, UK.

# liste de auteurs

**Ivy Marie Blackburn** : professeur émérite de thérapie cognitive à l'université de Northumbria à Newcastle.

**Jean Cottraux** : psychiatre honoraire des hôpitaux, ancien directeur de l'unité de traitement de l'anxiété de l'hôpital neurologique du CHU de Lyon; enseignant à l'université Lyon I; directeur scientifique de l'Institut francophone de formation et recherche en thérapie comportementale et cognitive (IFFORTHECC).

*Avec la collaboration de :*

**Lionel Collet** : professeur de physiologie et président de l'université Lyon I.

**Philippe Manesse** : psychiatre des hôpitaux de Toulon.

**Évelyne Mollard** : docteur en psychologie, hôpital neurologique du CHU de Lyon.

**Ivan-Druon Note** : psychiatre honoraire des hôpitaux de Marseille.

# introduction : clinique et classifications de la dépression

La dépression se définit comme un trouble affectif qui se manifeste par un syndrome clinique dominé par l'humeur déprimée. Cette définition donne une primauté à l'émotion sur les autres aspects du syndrome dépressif : la dépression se traduit par l'expression verbale et non verbale de sentiments tristes ou agressifs. Mais il s'agit du reflet superficiel de l'altération de plusieurs fonctions et qui traduit leur perturbation par une série de troubles qui vont constituer le syndrome dépressif. Connue depuis Hippocrate qui parlait de maladie à la bile noire : atrabile ou mélancolie, elle apparaît comme une maladie fréquente déterminée par des facteurs psychologiques individuels, sociaux et génétiques.

## Les manifestations

### *Les troubles des fonctions végétatives*

Le sommeil est augmenté ou diminué, l'appétit augmenté ou diminué.

### *Les troubles des fonctions motivationnelles*

Le déficit de l'activité et l'anhédonie qui se manifeste par la perte d'intérêt et du plaisir coexistent souvent avec le désir de s'évader par le suicide. Les contacts sociaux sont souvent diminués, voire inexistantes, mais, à l'opposé, il peut parfois exister une dépendance vis-à-vis des autres qui se traduit par une exigence de présence constante qui lasse l'entourage.

### *Les troubles des fonctions cognitives*

Ils apparaissent à travers la perte de l'estime de soi, l'indécision, le pessimisme et le désespoir, sans raison objective. Les rêves lugubres traduisent une attitude psychologique globalement négative.

### *Les troubles comportementaux*

Le ralentissement psychique et moteur, ou l'agitation, sont souvent visibles dès l'entrée du patient en consultation. La diminution des comportements actifs et productifs, alors que les comportements passifs et improductifs sont accrus, est souvent subtilement masquée et difficile à mettre en évidence.

## L'anxiété

Un certain degré d'anxiété, psychique ou somatique, qui n'est cependant pas au premier plan, est compatible avec le diagnostic de dépression.

## Critères de dépression

Selon le DSM-IV (1994) et le DSM-IV-TR (2000), cinq symptômes constants, ou survenant presque tous les jours durant quinze jours, doivent être présents dans une liste de neuf pour porter le diagnostic de dépression majeure. Parmi eux, il faut au moins soit une humeur triste, soit une perte d'intérêt ou de plaisir (anhédonie) pour porter le diagnostic. En outre, pour porter le diagnostic de dépression majeure, on doit exclure une affection organique cause de dépression, et la prise de drogues. En effet, la dépression consécutive à la prise de drogues ou d'alcool est classée par le DSM-IV dans les toxicomanies dont elle représente une conséquence. Ne fait pas partie non plus de la dépression une réaction normale de deuil survenant dans les deux mois après la perte d'un être cher. L'épisode est « isolé » s'il n'y a pas d'épisode antérieur connu, « récurrent » dans le cas contraire.

## Formes cliniques de la dépression

Selon le DSM-IV, la dépression peut se présenter sous des formes soit purement dépressives (formes unipolaires), soit alternant ou associant un état de dépression et d'excitation maniaque (formes bipolaires) :

- *la forme unipolaire mineure*, encore appelée dysthymie, nécessite la présence d'une humeur triste et d'au moins deux symptômes dépressifs présents de façon quasi constante durant deux ans ;

- *la forme unipolaire majeure* se traduit par un épisode isolé plus ou moins intense ou des épisodes récurrents ;

- *les troubles bipolaires* présentent en alternance, et parfois en association, des épisodes d'excitation maniaque (avec euphorie, grandiosité, insomnie) et des épisodes dépressifs, ou combinent les deux séries de symptômes ;

- *la forme mélancolique*. En effet, certains épisodes dépressifs très sévères peuvent présenter des caractéristiques psychotiques (délire) et/ou mélancoliques. Dans la mélancolie, les troubles des fonctions végétatives sont au premier plan, ainsi que le risque suicidaire souvent lié à des idées délirantes d'indignité et de culpabilité qui peuvent aller jusqu'au sentiment de damnation éternelle, de pourrissement du corps ou, à l'extrême, de négation du corps ou du monde (syndrome de Cotard).

Le tableau suivant représente les critères du DSM-IV.

TABLEAU 1. — Critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur selon le DSM-IV et le DSM-IV-TR (APA, 1994, 2000).

- A. Au moins cinq des neuf symptômes suivants** doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de **2 semaines** et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir.
1. Une humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (par exemple il ou elle pleure). N.-B. Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.
  2. Une diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
  3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel en 1 mois excédant 5%), ou diminution ou augmentation d'appétit presque tous les jours. N.-B. Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.
  4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
  5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
  6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
  7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
  8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
  9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
- B.** Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.
- C.** Les symptômes traduisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.
- D.** Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple, une substance donnant lieu à abus, un médicament), ou d'une affection médicale générale (par exemple hypothyroïdie).
- E.** Les symptômes ne sont pas consécutifs à un deuil, c'est-à-dire qu'après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de 2 mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

### *Comparaison du DSM avec la CIM-10 de l'OMS*

Cette définition est proche de celle de la classification internationale des maladies (OMS, 1992) qui comporte dix critères car la perte de l'estime de soi y est différenciée de la culpabilité. Il faut huit critères sur dix pour parler

d'épisode sévère, six sur dix pour un épisode moyen et quatre sur dix pour un épisode léger. Selon cette classification, la dépression se définit par la présence d'un nombre minimum de symptômes durant les quinze derniers jours. La CIM-10 distingue, elle aussi, l'épisode récurrent de l'épisode isolé.

### *L'anxiété-dépression : une nouvelle catégorie*

Le DSM-IV propose également une nouvelle catégorie : l'anxiété-dépression, qui avait auparavant été retenue par la CIM-10, la classification de l'OMS, en raison de sa grande fréquence en pratique médicale courante. Cette perturbation « subliminaire » par rapport aux grands syndromes n'atteint pas les critères pour la dysthymie et l'anxiété généralisée et n'a jamais atteint les critères de dépression majeure. Cependant, elle provoque une détresse marquée ou un handicap permanent dans le fonctionnement social, le travail, y compris scolaire, ou le rôle social. Ce concept a été validé par une étude épidémiologique internationale (Zinbarg et coll., 1994).

## Origines de la dépression

Akiskal (1985) avait suggéré que la dépression n'était pas un phénomène étiologiquement unitaire, mais représentait une voie finale commune qui résulte de l'interaction de multiples facteurs de risque selon un modèle diathèse-stress. La diathèse est une vulnérabilité génétique qui pourrait s'associer à :

- des traits de personnalité ;
- des facteurs sociodémographiques : sexe féminin, solitude et bas niveau socio-économique (Brown et Harris, 1978) ;
- des facteurs de développement individuel (séparations précoces, perte d'un ou des deux parents avant 15 ans).

Certains « stresseurs » représenteraient des facteurs de déclenchement. Il s'agit en particulier de stresseurs psychosociaux : deuils, pertes, séparations, changements brusques de style de vie, échecs professionnels. Ils peuvent être à la fois cause et conséquence de la dépression, dont ils représentent avant tout un marqueur temporel.

*Les données actuelles de la génétique* ont mis l'accent sur les facteurs de vulnérabilité et ont proposé des modèles qui tiennent compte aussi de l'environnement. Le rôle de l'amygdale (située dans le lobe temporal) qui sert de relais aux réseaux qui traitent les émotions est connu depuis longtemps. La sérotonine est un neuromédiateur qui permet la gestion des situations qui provoquent du stress, de l'anxiété ou de la dépression. Les émotions modulées par l'amygdale sont régulées par la sérotonine qui est elle-même soumise à l'action d'un gène du transporteur de la sérotonine. Ce transporteur facilite la re-capture de la sérotonine. On a découvert deux allèles au 5HTTLPR : le promoteur du gène de la sérotonine. Il existe des variantes de ce gène : un allèle est une forme alternative d'un gène, une variation naturelle ou une

version possible d'un gène, qui se retrouve plus ou moins fréquemment dans la population générale. Il peut exister un allèle court (S) et un allèle long (L). L'allèle court est responsable du trait anxieux de tempérament. Sa présence correspond à une re-capture sérotonine diminuée de 50 %. Il s'agit donc d'un trait biologique à l'origine des troubles dépressifs et anxieux. Une étude a montré une réponse excessive de l'amygdale à la présentation de visage (IRMf) : chez des sujets normaux, sans histoire psychiatrique, mais qui étaient porteurs de l'allèle court, quand on les comparait à des sujets normaux porteurs du « long » allèle. Mais les auteurs mettent en perspective leur découverte en intégrant les données des différents facteurs d'anxiété et de dépression à leur modèle, en particulier un statut social défavorisé et les abus et maltraitements infantiles (Hariri et Holmes, 2006).

## Épidémiologie de la dépression

L'épidémiologie montre qu'il s'agit d'une affection fréquente dont la prévalence peut aller de 4,4 % à 20 %, selon les études (Bakish, 2001). En France les statistiques de la DREESS (2004) font état d'une prévalence de 11 %. Elle est deux fois plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, avec deux pics, l'un entre 20 et 30 ans, et le second entre 50 et 60 ans. Selon l'OMS, il existe 100 millions de déprimés dans le monde sur une période d'un an. Il s'agit d'une maladie dont l'évolution est récurrente : 50 % des cas rechutent dans l'année suivant le premier épisode. La figure 1 représente les taux de rechute après l'épisode index.

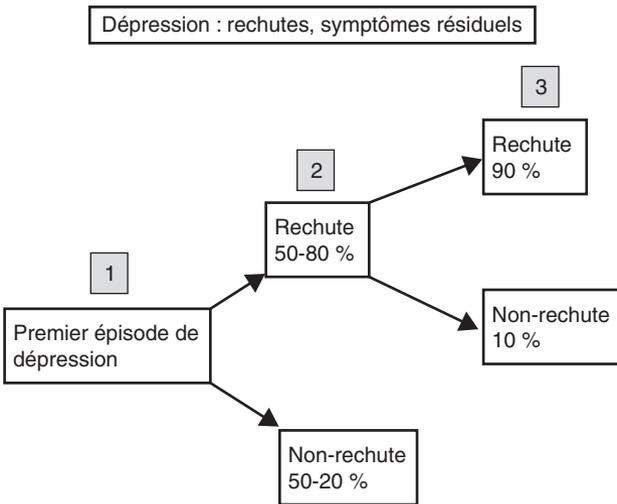


FIG. 1. — Taux de rechutes (d'après Bakish, 2001).

## Les phases du traitement de la dépression

Kupfer (1991) a établi un schéma de l'évolution des états dépressifs. Il part de la normalité pour aller vers des symptômes dépressifs, ensuite vers un syndrome dépressif, puis vers la récupération progressive, la rémission, la rechute ou la récurrence. On entend par *rechute (relapse)* la réapparition d'un état dépressif complet entre six et neuf mois après une rémission de deux mois; une *récidive (recurrence)* se situe au-delà (Shea, 1992).

Le problème thérapeutique de la dépression n'est pas uniquement de traiter l'accès dépressif, qui peut parfois évoluer vers une rémission spontanée, mais d'éviter les rechutes (traitement de continuation) et les récurrences (traitement de maintenance). Le schéma sur la figure 2 (d'après Kupfer, 1991,1992) permet de visualiser ces différentes phases. Trois phases de traitement peuvent être repérées sur ce schéma :

- une phase de traitement de l'accès dépressif aigu où l'accent est mis sur la modification des symptômes et l'obtention d'une rémission qui peut être partielle ou complète;
- une phase de continuation où l'accent est mis sur la prévention des rechutes;
- une phase de maintenance où l'accent est mis sur la prévention des récurrences.

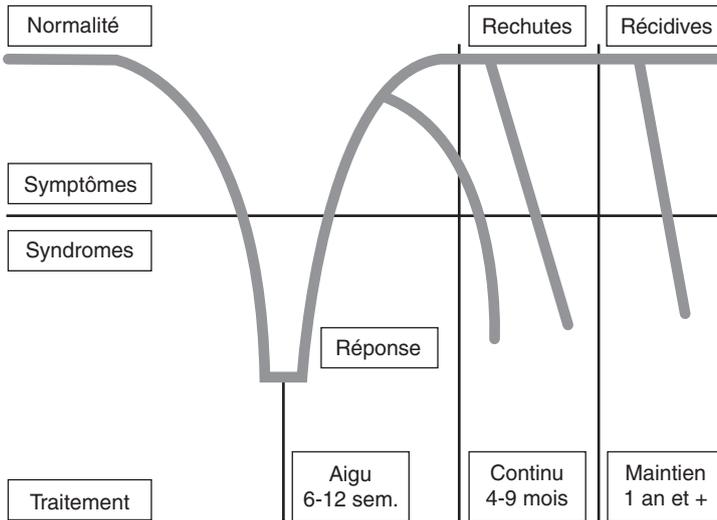


FIG. 2. – Dépression et traitement (Kupfer, 1991).

## Dépression et personnalité

### *L'affect négatif*

Il correspond à un facteur global de personnalité, le neuroticisme, qui lui-même regroupe des traits de personnalité tels que : anxieux, déprimé, culpabilisé, tendu, timide, irrationnel, émotionnel, manque d'estime de soi, humeur changeante, mesurés par un inventaire validé mis au point par Eysenck (1971). Point important à souligner, l'«affect négatif», tel que le mesurent les échelles de neuroticisme, pourrait représenter une vulnérabilité de base, ou même un trait psycho-biologique de personnalité qui prédisposerait à l'anxiété et à la dépression.

### *La personnalité dépressive*

Elle reste dans le DSM-IV une catégorie d'attente destinée à la recherche et n'a pas été encore validée cliniquement par des études épidémiologiques qui emportent le consensus.

### *Dépression et troubles de la personnalité*

Ils vont souvent de pair. Environ 50 % des états dépressifs majeurs s'accompagnent de troubles de la personnalité qui aggravent les difficultés du traitement.

Certains troubles de personnalité ont constamment un épisode dépressif franc, au moins, pour lequel ils consultent, et la découverte du trouble de la personnalité est secondaire.

C'est en particulier le cas de la personnalité borderline, qui se présente très souvent avec un tableau composite associant des troubles des conduites alimentaires, des addictions (alcool, toxicomanie), des sensations de vide et d'ennui, des troubles de l'identité sexuée, des colères pathologiques, une impulsivité, des tentatives suicidaires, une peur persistante de l'abandon et des idées de persécution transitoires. Environ 90 % des patients présentant un trouble de personnalité borderline présentent des troubles de l'humeur (Zanarini, 1988, 2004), comme le montre le tableau 2.

TABLEAU 2. — *Trouble de la personnalité borderline : comorbidité (d'après Zanarini, 1998, 2004).*

Trouble de l'humeur	96 %
Troubles anxieux	88 %
Addictions (dépendances)	64 %
Stress post-traumatique	56 %
Troubles des conduites alimentaires	53 %
Troubles somatoformes	13 %
Psychoses	1,3 %

## Conclusion

Malgré les critiques, le DSM reste le meilleur système de classification de la dépression, compatible avec la CIM-10 : il existe un algorithme de passage de l'un à l'autre. Il est à prévoir que les études sur les facteurs biologiques et sur la personnalité vont amener à inclure des dimensions de tempérament et de caractère sous-jacentes aux catégories nosographiques.

# historique

J. COTTRAUX

Une étude historique des thérapies cognitives nous amène à envisager les courants philosophiques, psychologiques et psychothérapeutiques qui se sont posés la question des relations entre la réalité externe et la construction interne qu'en font les sujets déprimés et non déprimés. Ce film accéléré nous conduira du péplum à l'ordinateur.

## La tradition philosophique

L'usage est de faire remonter l'approche cognitive de la vie émotionnelle aux penseurs stoïciens du premier et du deuxième siècle après Jésus-Christ. Les figures de proue en sont l'esclave Épictète et l'empereur Marc Aurèle qui eut à affronter à la fois le génie naissant du Christianisme et le choc des Barbares. Marc Aurèle dans ses *Pensées pour moi-même* nous dit : « Si quelque objet extérieur te chagrine, ce n'est pas lui, c'est le jugement que tu portes sur lui qui te trouble. Il ne tient qu'à toi d'effacer ce jugement de ton âme. Si c'est de ta disposition propre que tu te chagrines, qui t'empêche de rectifier ton dessein? ». Épictète et Marc Aurèle font une distinction entre les choses qui sont en notre pouvoir et celles qui nous dépassent, et recommandent, pour éviter le malheur, de ne désirer que les choses en notre pouvoir.

Kant, l'une des lumières d'un siècle qui n'en manquait pas, peut être considéré comme l'un des fondateurs de la psychologie cognitive moderne. Si l'on considère la distinction qu'il établit entre les choses en elles-mêmes (noumènes) et les expériences filtrées par les formes *a priori* de la connaissance (phénomènes), celle-ci préfigure les théories modernes de la connaissance. Selon Kant ce que nous appelons réalité n'est qu'une construction par les formes *a priori* de l'entendement à partir des données de la perception. On retrouve ici la distinction actuelle entre l'information sensorielle et les schémas cognitifs qui la traitent en fonction de règles issues à la fois des données de l'expérience stockées en mémoire, et des contraintes du système nerveux central. On peut opposer le point de vue de Kant à celui des

philosophes anglais empiristes comme Hume, qui considéraient que la psychologie individuelle n'était rien d'autre que le produit d'un ensemble d'expériences et de souvenirs établis par association. On peut l'opposer aussi au romantisme qui, à partir de Rousseau, a mis en avant la primauté des affects sur les phénomènes intellectuels. Des filiations parallèles peuvent être retracées : elles vont de l'associationnisme de Hume à l'associationnisme du béhaviorisme, du romantisme à la psychanalyse, et de Kant à la psychologie cognitive actuelle.

## L'hypnose

La fin du siècle dernier a été marqué par le développement de l'hypnose dont sont issues les psychothérapies d'inspiration psychodynamiques. On ne trouve pas dans les travaux de Charcot (1971) et de Bernheim (1916) d'étude de cas de dépression traitée en tant que telle par hypnose. Néanmoins, l'hypnose comporte sans doute un élément de restructuration cognitive qui peut avoir des effets dans la dépression. Le récit de la cure du compositeur Sergueï Rachmaninov en est un exemple (Walker, 1984). Rachmaninov, après l'échec injustifié de sa première symphonie en 1897, souffrait de dépression, d'alcoolisme intermittent et d'une incapacité à composer. Une première entrevue « psychothérapique » avec Léon Tolstoï fut une catastrophe, car l'illustre écrivain se contenta de lui conseiller de faire comme lui et de travailler. Rachmaninov fut alors confié au docteur Dahl formé aux techniques psychothérapiques et à l'hypnose de l'école de la Salpêtrière. Dahl utilisa la suggestion hypnotique : « Vous allez écrire un concerto, et ce sera un très beau concerto », assortie de soutien, de discussions et de conseils. Après plusieurs mois de ce traitement le compositeur sortit de sa crise de créativité et put écrire son célèbre deuxième concerto qu'il dédia à son médecin. Il ne semble pas avoir présenté de rechutes dépressives graves dans la suite de sa carrière.

## Les thérapies psychodynamiques et la psychanalyse

**Janet** après avoir utilisé l'hypnose a développé un système psychodynamique fondé sur la notion de baisse de la tension psychologique laissant émerger des tendances régressives. Une technique, le « désaccrochage » des pensées répétitives et des raisonnements circulaires, a été décrite par Janet (1923) pour traiter « l'épuisement psychologique ». Elle ressemble fort aux techniques de résolution de problèmes avec mise à l'épreuve dans la réalité proposées aux déprimés au cours des thérapies cognitives actuelles.

**Freud** s'est plus attaché à mettre en évidence des significations inconscientes des phénomènes affectifs à travers les associations libres qu'à étudier les processus cognitifs conscients ou préconscients. Sa théorie de la perte d'objet d'amour comme phénomène central de la dépression s'articule à une métapsychologie de l'affect et des fantasmes inconscients. Bien que Freud ait

émis un point de vue général sur la pensée qu'il considère comme une action intériorisée, la pensée dépressive en tant que telle n'apparaît pas au centre de ses travaux psychanalytiques.

Il faut revenir aux formulations initiales de Freud pour trouver une interprétation cognitive de la dépression. Freud (1893) a rapporté le cas d'une dépression puerpérale chez une femme qui avait peur de ne pouvoir nourrir son bébé. Il la guérit par une suggestion hypnotique qui développait des attentes positives vis-à-vis de ses capacités de mère. Dans l'élaboration théorique de cette guérison Freud fait un commentaire cognitiviste. « Il y a certaines idées auxquelles un affect d'attente est attaché. Il y a deux sortes d'idées vis-à-vis de faire ceci ou cela : ce que nous appelons des intentions et des idées que ceci ou cela va arriver — au sens propre des attentes. L'affect attaché à ces idées dépend de deux facteurs. Le premier facteur est l'importance du résultat. Et le second facteur le degré d'incertitude dans l'attente de ce résultat. L'incertitude subjective ou contre-attente est représentée par un ensemble d'idées auxquelles je donnerai le nom d'idées antithétiques génératrices de détresse... « Je n'arriverai pas à réaliser mes intentions parce que cela est trop difficile pour moi et je ne suis pas capable de le faire. Je sais aussi que d'autres ont échoué dans une telle situation. » Ces réflexions sur le rôle des attentes négatives évoquent les travaux de Bandura (1977) sur les attentes d'efficacité et de résultat et ceux de Seligman (1975) sur l'impuissance apprise (cf. chapitres 2 et 3).

« *L'ego-psychology* » de Hartmann (1968) n'est pas sans résonance cognitiviste. Il décrit le développement phylogénétique de la pensée comme une intériorisation des réponses à l'environnement. Ce décentrement aboutit à l'autonomisation du sujet par rapport au monde extérieur. Le « moi autonome » de Hartmann pourrait être rapproché « *mutatis mutandis* » du concept cognitivo-comportemental d'autocontrôle, qui s'oppose au contrôle par les contingences extérieures.

Certaines hypothèses de Freud sur les relations entre les symptômes, les affects et les représentations inconscientes pourraient être reformulées en termes de traitement de l'information. Au terme d'une longue étude, Wegman (1985) estime possible — bien que long et coûteux — de formaliser en langage informatique la première topique freudienne et d'en faire une simulation sur ordinateur.

D'une manière plus pratique, on peut se demander si la thérapie cognitive de Beck n'est pas le compromis, si longtemps recherché, entre la psychanalyse et le comportementalisme. L'évolution de la psychothérapie analytique aux États-Unis vers les thérapies focales à court terme, fondées sur une psychologie du moi à visée adaptative, permet peut-être ce rapprochement. Les conceptions européennes de la psychanalyse, centrées sur des cures à long terme et une métapsychologie du désir inconscient, sembleraient l'interdire. On doit cependant noter chez les psychanalystes français un regain d'intérêt théorique pour une psychologie du moi tenant compte d'activités mentales décrites en termes d'actions intériorisées et d'oppositions de systèmes de pensée. Widlöcher (1986) a reformulé le classique conflit d'instances entre moi et surmoi chez le

mélancolique, comme un conflit entre deux systèmes opposés de pensée concernant la représentation de soi.

**Adler** représente sans doute le psychanalyste le plus proche des thérapeutes cognitivistes. Beck et coll. (1979) reconnaissent son influence. Adler considérait en effet que les sujets utilisent les traumatismes vécus en fonction de leurs besoins de justification rationnelle. Les sujets sont déterminés par les significations qu'ils donnent à leurs expériences vécues et non pas modelés par les circonstances. La psychothérapie adlérienne évolue en quatre phases :

- établir une relation de collaboration thérapeutique ;
- description, analyse et évaluation de problèmes actuels ;
- développement de la prise de conscience des caractéristiques du style de vie, et mise en question des comportements d'échec ;
- réorientation du sujet vers des alternatives à travers un changement des attitudes, des buts, des valeurs et des comportements. Le processus thérapeutique développe, d'une manière éducative, un style de vie susceptible d'entraîner plus de satisfaction.

## Comportementalisme radical, révolution cognitive et modèles interactionnels

Comme le notait déjà il y a deux mille quatre cents ans Héraclite, la seule chose réellement permanente est le changement. Le paradigme cognitiviste du traitement de l'information émergea, dans les années soixante, devant les limites du modèle purement comportemental proposé par Watson (1925) puis Skinner (1969). Ils avaient édifié une psychologie centrée essentiellement sur l'étude des entrées et des sorties de l'organisme, et qui négligeait les variables « médiationnelles » situées « à l'intérieur de la peau ».

### *Modèle comportemental*

Il s'agit d'un modèle associationniste qui postule un organisme relativement passif dont le comportement est modelé par l'environnement qui apprend au sujet à établir une série de réponses qui réussissent. Selon un processus analogue à la sélection naturelle darwinienne, l'environnement sélectionne les comportements adaptatifs qui se trouvent renforcés ou éliminés en fonction de leurs résultats positifs ou négatifs. Selon le modèle béhavioriste radical, la pensée et les mécanismes d'acquisition et de rappel de l'information ne pouvaient être susceptibles d'une étude scientifique. Les seules variables objectivement observables sont les stimuli et le débit des réponses.

### *Modèle cognitiviste : traitement de l'information*

Le modèle cognitiviste postule un sujet actif, qui se sert de processus d'auto-organisation pour modifier son environnement. La psychologie cognitive est l'étude de l'activité mentale dans ses relations avec la perception, les

pensées et l'action. Elle étudie les phénomènes internes conscients et inconscients qui permettent à l'individu de s'adapter aux stimuli internes et externes. Elle est centrée sur l'étude des processus mentaux les plus élevés tels que la pensée, la prise de décision, la perception et la mémoire.

### *Comparaison des deux modèles*

Si l'on oppose le modèle du comportementalisme radical au modèle cognitiviste radical, on obtient une série de contrastes. Deux paradigmes s'opposent, l'un associationniste qui correspond à l'apprentissage par contiguïté de stimuli, et l'autre, cognitiviste, qui implique un sujet actif traitant l'information issue de l'environnement. Cette opposition, qui connut son point culminant dans la critique que fit Chomsky (1968) des travaux de Skinner (1957) sur le comportement verbal, se cristallisa autour des concepts de compétence innée et de performance liée à l'environnement. Le tableau 1.1 représente les oppositions les plus marquantes entre les extrémistes des deux camps.

TABLEAU 1.1. — *Comportementalisme versus cognitivisme.*

	<b><i>Comportementalisme radical</i></b>	<b><i>Cognitivisme radical</i></b>
<i>Paradigme</i>	<i>Associationnisme</i>	<i>Traitement de l'information</i>
Hypothèses	Esprit = table rase Comportement produit de l'environnement	Structures mentales innées Comportement produit de l'activité mentale
Thèmes de recherche	Conditionnement Apprentissage	Processus mentaux, langage Acquisition du savoir
Méthodologie	Conditionnement classique et opérant Protocoles de cas individuels	Études des processus cognitifs par le temps de réaction Simulation par ordinateur
Concepts	Stimulus, réponse renforcement Performance	<i>Input</i> , attention, mémoire, rappel, processus et schémas cognitifs, <i>output</i> Compétence
Modèles	Psychologie animale	Informatique et intelligence artificielle
Applications	Modification de comportement	Modification cognitive ou cognitivo-comportementale

### *Les modèles interactionnels*

Bien entendu les positions ne furent pas aussi tranchées que le représente ce tableau comparant deux formes de dogmatisme. Skinner lui-même avait développé un modèle du conditionnement «couvert» ou interne, où des

réponses et des stimuli internes apparaissaient comme des intermédiaires entre les stimuli et les réponses. Mais il concevait ce monde interne comme une simple copie passive du monde externe dont la création et le maintien était tributaire du conditionnement opérant.

Progressivement les comportementalistes, mis à part une vieille garde intégriste retranchée dans des laboratoires de psychologie animale expérimentale, ont assimilé les concepts issus des travaux effectués par les cognitivistes. Au béhaviorisme métaphysique des pères fondateurs s'est substitué un béhaviorisme méthodologique, qui mettait l'accent sur l'étude expérimentale de la liaison entre la pensée et l'action. Finalement il devint pensable de raisonner en termes mentalistes à condition d'adhérer à une démarche scientifique fondée sur la mise à l'épreuve expérimentale systématique des hypothèses avancées.

Parallèlement, une trop grande négligence des phénomènes d'apprentissage et des effets de l'environnement a été nuancée par les cognitivistes durs et purs. Ceux-ci se sont éloignés de l'innéisme de Chomsky pour s'intéresser à la performance linguistique. En particulier tout un courant de linguistique fonctionnaliste s'est intéressé aux « actes de langages » et à l'usage social de la langue dans des études « conversationnalistes » qui représentent, à un autre niveau, une reprise des thèmes classiques de l'apprentissage.

Cet épisode manichéen de « science-friction », où l'empire béhavioriste et son « matérialisme réducteur » affrontait les « Chevaliers Jedi » cognitivistes, dépositaires des « valeurs spirituelles », s'est provisoirement terminé par une médiation entre les deux partis. On assista au développement du modèle interactionnel d'apprentissage cognitif, tel qu'il a été proposé par Mahoney (1974). Il restait cependant aux psychologues américains à découvrir l'Europe où depuis longtemps Piaget avait jeté les bases d'une théorie de l'apprentissage cognitif. Sur la lice de l'abbaye de Royaumont un débat contradictoire se déroula à armes courtoises entre Chomsky et Piaget (Piatelli-Palmarini, 1979). À l'innéisme chomskien, Piaget opposa un point de vue développemental selon lequel les structures cognitives d'un sujet actif interagissent avec l'environnement pour construire une série d'équilibres successifs et réversibles.

Aux États-Unis, dans le domaine thérapeutique, une révolution cognitiviste se déroula, non sans heurts, chez les thérapeutes comportementalistes qui sont devenus pour la plupart cognitivo-comportementalistes. La théorie de l'apprentissage social de Bandura (1977) en fut la principale bannière de ralliement. Bandura suggérait de prendre en compte un déterminisme réciproque entre l'environnement, le comportement moteur observable et les cognitions d'un sujet actif. Bandura avait élaboré une théorie de l'apprentissage social et cognitif. Selon lui l'élément central de l'apprentissage est l'observation et l'imitation de modèles humains ou symboliques. Cet apprentissage est plus général, plus rapide et moins coûteux que l'apprentissage par essais et erreurs décrit par Skinner. Cette théorie fait de nombreux emprunts au traitement de l'information et à sa conception séquentielle de l'observation, de l'attention, du stockage et du rappel de l'information donnée par les modèles. La théorie de l'apprentissage social servit de base conceptuelle aux

interventions thérapeutiques cognitivo-comportementales et sut trouver des applications pratiques dans le traitement de l'anxiété phobique et de la dépression.

C'est dans ce climat idéologique que se sont développées, vers le début des années soixante-dix, les thérapies cognitives qui, après avoir exploré la dépression, ont trouvé des applications dans la plupart des domaines de la psychopathologie.

## Précurseurs immédiats des thérapies cognitives

Deux précurseurs des thérapies cognitives actuelles peuvent être retrouvés sur la scène nord-américaine. L'un est un théoricien de la personnalité, l'autre a fondé une école très personnalisée de psychothérapie.

### *Kelly et la théorie des personal constructs dans la dépression*

G. Kelly (1955) a formulé une théorie de la personnalité qui a été appliquée à l'étude psychologique de la dépression. L'élément central de sa théorie était de considérer l'homme comme un savant en train d'effectuer des hypothèses pour donner du sens aux événements. L'unité fondamentale de signification était le *personal construct* (construction personnelle ou « construit » personnel) défini comme étant l'établissement d'une relation comparative entre deux choses selon une dimension bipolaire du type bien-mal, bon-mauvais. Chez le dépressif on trouve ce style de pensée « rétréci » et limité dans la prise de conscience de tout élément de la réalité contraire aux « préemptions » du sujet, qui le conduit à une vue fataliste de lui-même et du monde extérieur. Une telle restriction du champ des intérêts protège à court terme le sujet de l'angoisse : il ne modifie pas ses schémas de pensée devant des événements nouveaux et ininterprétables. Mais à terme la bipolarisation va accroître la vulnérabilité vis-à-vis des événements tels qu'une perte ou une séparation. Le suicide, dans cette perspective, est une manière de justifier le sens que le sujet donne à sa vie en poussant à l'extrême les postulats qui l'ont toujours guidé. Kelly, bien qu'ayant effectué des recherches d'ordre psychométrique, n'a pas apporté de travaux cliniques ou d'études contrôlées suffisantes pour valider sa théorie et la transcrire dans la pratique courante.

### *Ellis et la thérapie rationnelle-émotive*

Ellis (1962) représente 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. Ellis aboutit à la conclusion que le comportement « névrotique » est un comportement stupide mis en actes par une personne intelligente. 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. Le sujet doit ne plus porter des jugements sur son essence, par exemple : « Je suis un raté », mais plutôt considérer avec relativisme les accidents de son existence, par exemple : « J'ai échoué tel jour, tel examen ».

La thérapie rationnelle-émotive a été critiquée moins en raison de ses prémisses délibérément philosophiques, que pour la méthode thérapeutique utilisée personnellement par Ellis. Les interventions thérapeutiques de Ellis, telles que nous avons pu les observer au cours d'un séminaire de formation, consistent en une mise en cause dépourvue de nuances des systèmes de croyances. Les sujets sont confrontés à leur « irrationalité » par un thérapeute supposé rationnel, qui tente de les convertir à ses vues. Ellis est finalement plus proche des gourous que des psychothérapeutes travaillant inductivement à partir des problèmes propres à chaque individu. De plus, la thérapie rationnelle-émotive n'a pas donné lieu à des études contrôlées permettant d'affirmer sa valeur dans le traitement de la dépression.

## Développement des thérapies cognitives

La théorie cognitive s'est développée à partir de travaux effectués par Beck à partir de 1959 (cf. Rush, 1982), dans le dessein de tester un certain nombre d'hypothèses psychanalytiques concernant les rêves de patients déprimés. Dans une étude statistique il trouva que le contenu des rêves de ses patients présentaient des thèmes masochistes de punition, de laideur, d'incompétence, etc. Partant de l'idée que ces rêves masochistes correspondaient à des souhaits agressifs retournés contre le sujet, il compara ces rêves à ceux de sujets contrôles. Il trouva que les sujets déprimés avaient moins fréquemment des rêves à contenu manifeste d'agressivité retournée contre soi que des sujets contrôles. Les sujets dépressifs ne présentaient pas plus de contenus symboliques évoquant la culpabilité ou des désirs inacceptables que les sujets contrôles. Ces résultats suggéraient que les rêves des patients dépressifs reflétaient leur vision du monde à l'état de veille. Un rêve de rejet était interprété comme reflétant le sentiment conscient du sujet qu'il était rejeté par les autres. L'étude du rôle des cognitions conscientes, puis préconscientes, allaient devenir le centre des travaux de Beck sur la dépression.

À la suite d'études de cas individuels puis de travaux contrôlés, Beck (1967, 1976, 1979) publia plusieurs livres sur la dépression. Il proposa un ensemble de techniques et un modèle psychothérapeutique précis. Les pensées automatiques et le dialogue interne, qui conduisent inductivement à la mise à jour des postulats dépressogènes, sont les cibles principales d'intervention.

La notion de dialogue interne ou de monologue intérieur était ancienne. Dans le *Théétète*, Platon fait dire à Socrate : « 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 ». Cette description du dialogue interne anticipe la définition opérationnelle proposée par Watson (1925) : « Penser c'est se

parler à soi-même » qui permet une analyse fonctionnelle de la pensée, dans ses relations avec les affects et l'action. On attribue maintenant la paternité de l'utilisation littéraire du monologue intérieur non plus à James Joyce, mais à Léon Tolstoï, dans une courte nouvelle intitulée : *Histoire de la journée d'hier*. Mais un auteur français, Édouard Dujardin, avec son roman *Les Lauriers sont coupés* (1887) a directement influencé James Joyce, qui, bien volontiers, a reconnu cette dette. Bien que depuis la littérature et le cinéma aient fait grand usage de ce procédé, il n'a donné lieu à des investigations systématiques en psychologie et en psychothérapie que depuis les travaux de Beck.

La première étude contrôlée remonte à Rush et coll. (1977). Comparant imipramine et thérapie cognitive, il trouva des meilleurs résultats à six mois de post-cure dans le groupe qui avait reçu de la thérapie cognitive. Cette étude fut la première à montrer qu'une psychothérapie pouvait avoir une efficacité supérieure aux antidépresseurs, dans la forme majeure de la dépression. Depuis de nombreux travaux ont soit confirmé, soit nuancé, soit approfondi cette percée initiale. La thérapie cognitive est actuellement pratiquée dans la plupart des pays occidentaux. Aux États-Unis plusieurs centres de thérapie cognitive fonctionnent activement. Le principal est celui de l'*University of Pennsylvania*, qui cherche actuellement à étendre ses principes thérapeutiques au domaine des états d'anxiété (Beck et Emery, 1985). Une importante étude comparative a été effectuée par le NIMH et ses résultats commencent à voir le jour (Elkin, 1986).

Plusieurs revues générales ont été publiées par des auteurs, belges, français ou québécois : Cottraux, 1979 et 1981 ; Fontaine et Wilmotte, 1984 ; Cottraux et Collet, 1985 ; Hardy, 1986. Quelques travaux expérimentaux ont vu le jour : Hautekeete et Vantomme, 1986 ; Collet, Cottraux et Ladouceur, 1987. Des études de cas ont été présentées : Cottraux, 1981 ; Vera, 1986 et une méta-analyse souvent citée (Gloaguen et coll., 1998).

## Conclusion

La thérapie cognitive dont on a vu les nombreux précurseurs ne se résume cependant pas à des techniques empiriques et des maximes stoïciennes. Elle fait appel au modèle « traitement de l'information » dont nous allons envisager les modalités.

# modèles cognitifs de la dépression

J. COTTRAUX

Malgré des divergences notables, l'ensemble de la littérature peut être regroupée autour d'une hypothèse générale selon laquelle les sujets déprimés présentent une perturbation dans le traitement des informations.

## Modèle général : dépression et traitement de l'information

### *Hypothèse de base :* *le déprimé se maltraite en traitant mal l'information*

La pensée dépressive s'enracinerait dans une structure cognitive profonde, qui trouve sa traduction superficielle dans des erreurs logiques. Leur dénominateur commun est de produire des interprétations exagérément lugubres de l'expérience vécue. Ces structures sont activées par des événements (pertes, deuils, échecs, rejets, séparations, etc.) et aboutissent à des pensées négatives.

Au cours du traitement de l'information, trois types de variables internes interviennent entre les stimuli et les réponses : ce sont les *schémas cognitifs*, les processus *cognitifs* et les *événements cognitifs* (Hollon et Kriss, 1984). Ces trois variables sont responsables de la sélection et du traitement des stimuli environnementaux, et interagissent avec les affects et le comportement.

### *Un modèle de traitement de l'information*

Pour rendre plus compréhensibles les relations entre schémas, processus et événements cognitifs, nous présenterons ces variables sous la forme d'un diagramme qui propose un parallélisme entre le fonctionnement mental et celui d'un ordinateur. Ce diagramme doit être considéré comme une simple métaphore à visée didactique.

L'organisme traite l'information (stimulus) en fonction de schémas acquis. Ceux-ci, avec l'aide des processus cognitifs (assimilation, accommodation, heuristiques, distorsions de la pensée logique) transforment l'information en événements cognitifs (pensées et images mentales) qui interagissent avec le comportement moteur. Dans le cas de la dépression, des schémas irrationnels dépressogènes, stockés dans la mémoire à long terme, vont induire des anticipations négatives, des monologues intérieurs défaitistes qui sont le résultat de distorsions de la pensée logique. Ces événements cognitifs vont participer au déclenchement et au maintien de l'évitement social, du ralentissement et de l'inhibition comportementale. Le déficit comportemental viendra confirmer rétroactivement le schéma : la défaite confirme le défaitisme qui l'a provoquée. Le stimulus correspond à l'input (entrée des données), les schémas au hardware (mémoire morte), les processus au software (programme ou logiciel), les événements cognitifs et le comportement correspond à l'output (écran ou imprimante).

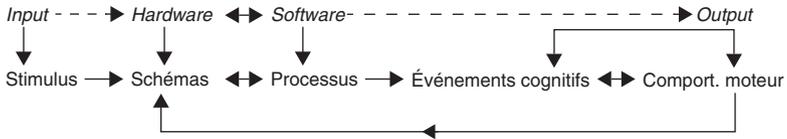


FIG. 2.1. — *Modèle cognitif : traitement de l'information.*  
*L'ordinateur comme métaphore du fonctionnement mental.*

Le cerveau traite les stimuli ou les événements de l'environnement (*input*) en fonction de schémas stockés dans la mémoire à long terme, ils sont transformés par les processus cognitifs (*software*) en événements cognitifs (pensées, images mentales) et en comportement verbal et moteur, qui représentent leur produit terminal (*output*). Le comportement rétroagit sur les schémas qu'il vient confirmer ou infirmer.

### *Mémoire culturelle, mémoire individuelle et cognitions dépressives*

#### FONCTIONNEMENT DE LA MÉMOIRE

On connaît la distinction désormais classique entre une mémoire à long terme permanente, stable, virtuellement illimitée et la mémoire à court terme limitée, instable, qui est une mémoire de travail nécessaire à l'action immédiate. La mémoire à court terme correspond grosso modo à ce que l'on appelle la conscience. La mémoire à long terme pourrait être le support des processus inconscients ou automatiques. Un schéma simple (fig. 2.2) permet de rappeler les données de la neuropsychologie (Mahoney, 1974). Le *hardware* correspond au système nerveux central et périphérique, support physique des registres d'entrée sensoriels qui reçoivent les stimulations externes et internes, ainsi que les informations de la mémoire à court terme et

à long terme. Le *software* correspond à des programmes qui contrôlent le transfert d'information et le stockage : programmes d'attention, de codage, de rétention et de rappel.

L'existence de processus pré-attentifs a été discutée. Ils correspondraient à un traitement automatique, inconscient de l'information qui est stockée dans la mémoire à long terme, sans que le sujet effectue d'élaboration de ses sensations initiales qui restent à l'état brut. Ce codage rapide effectué hors des contraintes de la conscience et de la logique pourrait correspondre à une inscription des réactions émotionnelles ou affectives (Greenberg et Safran, 1984).

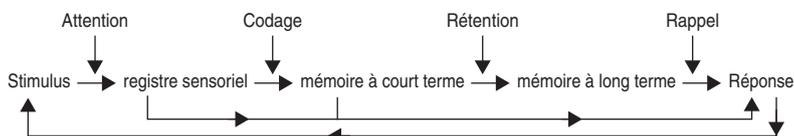


FIG. 2.2. — Mémoire à court terme et mémoire à long terme.

## MÉMOIRE SÉMANTIQUE ET MÉMOIRE ÉPISODIQUE

L'existence de deux types de mémoire a été postulée par Tulving (1972). Il distingue une mémoire sémantique et une mémoire épisodique qui seraient deux modalités différentes de la mémoire à long terme. Deux types d'informations peuvent être codées dans la mémoire : des informations d'ordre sémantique qui font référence au savoir et au sens, des informations d'ordre épisodique qui sont d'ordre personnel et autobiographique. Les informations épisodiques correspondent aux expériences passées de chaque individu, avec leurs connotations affectives, et leurs références temporelles et spatiales subjectives.

La mémoire épisodique correspond à une dimension affective personnelle telle qu'on peut la retrouver chez Marcel Proust pour qui la réminiscence des sentiments passés est déclenchée par des stimuli à valence sensorielle personnelle. Stimulus visuel comme le pan de mur jaune du tableau de Vermeer, olfactif comme le parfum des aubépines de Combray, auditif comme la petite phrase de la sonate de Vinteuil, gustatif comme le goût de la madeleine, ou tactile comme la sensation sous le pied d'un pavé qui rappelle le pavement de Venise. Cette mémoire sensorielle permet de réintégrer le temps et l'espace où se déroula l'événement.

À l'inverse la mémoire sémantique ou didactique, tributaire des acquis culturels, correspond à un ensemble de règles générales et impersonnelles.

## MÉMOIRE ET AFFECT DÉPRESSIF

Il est commode de séparer mémoire sémantique et mémoire épisodique, mais cette distinction apparaît artificielle à nombre de chercheurs intéressés par les émotions. En effet, l'apprentissage des règles les plus abstraites reste lié à des souvenirs dont la charge affective peut influencer sur le rappel.

Ainsi Bower et Cohen (1982) ont montré que le rappel de souvenirs d'enfance était d'autant meilleur que le contexte émotionnel actuel était plus proche de celui du moment de l'acquisition. Dans le domaine de la dépression une règle inflexible de fonctionnement psychologique, comme l'auto-dévalorisation devant la rupture d'une relation affective, peut correspondre à la réactivation d'expériences affectives précoces de séparation d'avec la famille où le sujet avait ressenti de tels sentiments, et abouti à l'amer et définitif syllogisme : « Si l'on me quitte, c'est que je ne vauds rien ». Ces séparations précoces (avant quinze ans) représentent un antécédent lointain fréquemment retrouvé chez les déprimés adultes (Roy, 1985).

Pour Bower (1978) il existerait dans la mémoire à long terme des « nœuds émotionnels » connectés au réseau sémantique. Ces nœuds correspondraient à des émotions spécifiques : colère, joie, tristesse, etc., et seraient associés à des étiquettes verbales, des réponses physiologiques et des réponses comportementales. Si ces nœuds sont activés par une situation de perte ou d'échec, ils peuvent activer des souvenirs déplaisants qui vont à eux seuls remplir toute la mémoire à court terme dont on connaît la capacité limitée. Un haut niveau de dépression induit un rappel de souvenirs déplaisants significativement plus nombreux que les souvenirs plaisants ainsi que l'a montré expérimentalement Teasdale (1983).

Ainsi, le modèle de Bower représente une tentative de comprendre les interrelations entre affect, comportement et cognition. Il accorde néanmoins une primauté à l'affect. Car il met l'accent sur l'apprentissage cognitif dépendant de l'état affectif, tout comme il y a des apprentissages cognitifs dépendant de l'effet de médicaments, des drogues ou de l'alcool.

## Schémas, processus et événements cognitifs

### *Schémas cognitifs*

#### LES STRUCTURES COGNITIVES SONT COMPOSÉES D'UN RÉSEAU DE SCHÉMAS

La mémoire à long terme contient des structures cognitives qui sont des représentations de concepts, d'informations concrètes ou de souvenirs personnels. Cette organisation fait le lien entre les souvenirs personnels (mémoire épisodique) et les concepts généraux et les règles culturelles et sociales de fonctionnement (mémoire sémantique). Les structures cognitives sont des entités organisées qui contiennent à un moment donné tout le savoir d'un individu sur lui-même et le monde. Elles sont constituées de schémas qui guident l'attention sélective et la perception.

Les schémas peuvent être définis comme des représentations non spécifiques mais organisées de l'expérience préalable qui facilitent le rappel mnésique, mais en même temps entraînent des distorsions systématiques des nouvelles constructions mentales (Neisser, 1976). Cette définition peut être rapprochée de celle de Piaget (1964) pour qui un schéma est une structure ou un processus qui sous-tend le comportement sensori-moteur et les activités

mentales complexes et explique l'organisation et la régularité des actes. Si l'on peut opposer un traitement de l'information conscient à un traitement de l'information inconscient, les schémas représentent l'unité de base de la cognition inconsciente.

## CARACTÉRISTIQUES DES SCHÉMAS

### • Les schémas donnent un sens dépressif au vécu

Ils présentent un contenu particulier qui détermine les réponses affectives et comportementales. On peut ainsi inférer l'existence de schémas de dangers qui créeraient l'état d'alerte et l'angoisse anticipatoire de l'agoraphobe (Beck et Emery, 1985). De même on peut inférer l'existence de schémas dépressogènes qui aboutissent au vécu dépressif et à l'inhibition psychomotrice du déprimé. Selon Beck et coll. (1979), les affects dépressifs seraient secondaires au sens que donnent les schémas aux expériences individuelles. La formule suivante suggère que les sujets sont moins émus par les événements eux-mêmes que par l'interprétation qu'ils construisent à leur propos.

*Événement* → *Schéma* → *Affect*

### • Les schémas ont une forme verbale impérative

Les schémas que l'on peut mettre en évidence dans la dépression sous-tendent des événements cognitifs qui se présentent sous la forme d'auto-injonctions par exemple :

- « Pour être heureux je dois toujours réussir tout ce que je fais » ;
- « Ma valeur dépend de ce que pensent les autres » ;
- « Pour être heureux je dois être toujours accepté par tout le monde ».

De ce fait, les schémas produisent une pensée impérative, dichotomique et en tout ou rien. Ils déforment la perception des stimuli de l'environnement pour satisfaire ces postulats. Ce mode de fonctionnement peut avoir été acquis dans l'enfance auprès de parents stricts qui soulignent systématiquement les erreurs sans renforcer positivement les « bons » comportements. Ou bien ils peuvent résulter de pertes précoces ou de séparations qui peuvent engendrer le schéma : « Si l'on m'a laissé seul c'est que je vaudrais rien, et c'est toujours de ma faute si les autres se séparent de moi ».

### • Les schémas sont stockés dans la mémoire à long terme

Ils sont stockés dans la mémoire à long terme d'une façon organisée. Ce sont des structures de savoir qui contiennent l'information et les théories au sujet de soi-même et du monde extérieur qui ont été construites à partir des informations recueillies au cours d'expériences passées. Les schémas sont organisés en constellations stables ou en réseau (Bower, 1978).

### • Les schémas sont inconscients

Ils fonctionnent de manière automatique, en dehors des contraintes de l'activité volontaire. Ils sélectionnent, filtrent et interprètent l'information

d'une manière rapide, automatique et routinière en fonction d'hypothèses implicites concernant les événements. Ils aboutissent à une vue partielle, restrictive et tunnelaire du monde. Ils contiennent un ensemble de règles pour définir une situation. Ils étiquettent, classifient, évaluent les situations et attribuent des significations standardisées aux événements.

- **Les schémas peuvent être quiescents**

Latents et inactifs pendant de longues périodes de temps, ils seront déclenchés par des stimuli environnementaux spécifiques (Beck, 1984a).

- **Les schémas sont des anticipations**

Ils sont le moyen par lequel le passé affecte le futur : l'information déjà acquise détermine celle qui sera sélectionnée par la suite (Neisser, 1976).

- **Les schémas traitent automatiquement l'information**

Ils permettent un traitement efficace et rapide de l'information. S'ils ont été répétitivement renforcés par la même information et répétitivement utilisés, ils sont stables et de ce fait difficiles à modifier. Ils peuvent être comparés *mutatis mutandis* au *hardware* d'un ordinateur.

## *Processus cognitifs*

L'existence de processus cognitifs ou d'opérations cognitives a été postulée pour expliquer les structures cognitives profondes : les schémas peuvent être traduits en structures de surface : les événements. Les structures de surface représentent ce qui est dit, pensé et imaginé ; les structures profondes correspondent aux systèmes de signification qui sous-tendent les autoverbalisations, les pensées et les images mentales que le sujet peut observer en focalisant son attention. Le passage des structures profondes aux structures superficielles est rendu possible par les processus cognitifs que l'on compare parfois au *software* (logiciel) des ordinateurs : il s'agit de règles de transformation de l'information. La psychologie cognitive a décrit des processus tels que l'assimilation, l'accommodation et les heuristiques, qui peuvent être appliqués à l'étude des distorsions de l'idéation dépressive.

### ASSIMILATION ET ACCOMMODATION

Un premier processus étudié par Piaget est représenté par l'assimilation de la réalité extérieure aux schémas. Piaget (1964) a mis en évidence le développement ontogénique de deux processus cognitifs : l'assimilation et l'accommodation, depuis les patterns neurologiques innés d'action jusqu'à la genèse de la pensée scientifique. L'assimilation représente un mouvement vers le centre du sujet au cours duquel toute information ne sera retenue que si elle va dans le sens des hypothèses contenues dans les schémas, ou alors transformée pour la rendre compatible à ces hypothèses. Inversement l'accommodation aboutit à une modification des schémas pour les rendre compatibles à la réalité extérieure à laquelle le sujet doit adapter ses systèmes

de pensée. La dialectique de l'assimilation et de l'accommodation explique la construction de la réalité et le développement de la pensée logique, qui partie de l'égoïsme initial va se décentrer pour devenir de plus en plus objective. Cependant la tendance à l'assimilation demeure la plus puissante. On invoque un primat de l'assimilation comme étant l'un des mécanismes central de traitement de l'information chez le déprimé. L'étude que nous avons faite plus haut des distorsions cognitives du déprimé montre bien qu'elles vont toujours dans le même sens autocentré et consiste à assimiler au schématisme négatif les événements, au lieu d'accommoder et donc de modifier ce schéma en fonction d'un raisonnement plus réaliste, plus nuancé et décentré.

## LES HEURISTIQUES COGNITIVES

Tversky et Kahneman (1974) expliquent la primauté de l'assimilation par l'existence d'heuristiques cognitives qui sont des jugements rapides sur les événements dans des conditions d'incertitude. Ces auteurs partent de l'hypothèse que l'être humain est un système de traitement de l'information à médiocre performance, lorsqu'il se trouve confronté à la tâche de faire des prédictions dans des conditions d'incertitude. Les heuristiques sont des jugements rapides sur la réalité qui confirment eux aussi les schémas. Ce sont des raccourcis de la pensée qui font appel à « l'intuition » et non au raisonnement logique. Les heuristiques sont donc marquées avant tout par la pensée irrationnelle, et entraînent une sélection et un filtrage de l'information qui court-circuite le raisonnement discursif et la confrontation des pensées à la réalité. Ils évitent la dépense d'un traitement pas à pas et logique de l'information. Cependant, la rapidité de la décision intuitive a pour rançon une basse qualité dans les conclusions qui amènent à prendre la décision. Plusieurs types d'heuristiques ont été décrits.

**Les heuristiques de représentativité** qui consistent à juger un cas individuel à partir de préconceptions générales abstraites et stéréotypées. Le sujet juge la situation présente en la faisant rentrer dans une catégorie de situations antérieurement connue, même si la similarité des deux situations reste vague.

**Les heuristiques de disponibilité** qui correspondent à l'utilisation d'informations rapidement disponibles en mémoire (la première pensée ou image qui vient à l'esprit en rapport avec la situation présente) même si leur pertinence et leur valeur informative est faible.

**Les heuristiques d'ancrage** correspondent à l'échec des individus à réviser leurs croyances (ancrages) même si elles ne sont pas confirmées. Ils consistent à effectuer des estimations de valeurs incertaines en fonction de valeurs connues antérieurement, même si elles sont inadéquates à la situation présente. Ceci a pu être démontré dans le domaine clinique comme dans le domaine du raisonnement mathématique et statistique. Même des experts en statistique, étudiés en cours d'épreuves expérimentales, peuvent être amenés à faire ce type de jugements qui est contraire aux principes élémentaires de leur science.

Chez les dépressifs, les heuristiques d'ancrage peuvent être mis en évidence dans le fait qu'ils sous-estiment leurs performances réelles en raison du postulat que s'ils ont eu de piètres résultats dans le passé, ils en auront forcément dans le futur. Étant donné leur schéma qui n'a codé que des informations négatives, leur point de départ pour s'auto-évaluer sera toujours bas. Inversement, des sujets normaux auront un ancrage initial élevé qui les conduira à une surévaluation de leurs performances.

Les heuristiques représentent des processus qui pourraient être innés, automatiques et inconscients, qui viendraient confirmer les schémas dépressifs en court-circuitant les inférences logiques et la mise à l'épreuve des hypothèses. À une assimilation inconsciente, automatique, rapide et sans effort fondée sur des heuristiques, on peut opposer une accommodation consciente, délibérée lente, coûteuse en énergie, fondée sur un traitement de l'information où le sujet confronte ses présupposés à la réalité. Assimilation et heuristiques sont des processus fondamentaux qui trouvent une expression clinique dans les erreurs logiques ou distorsions cognitives découvertes au cours de séances de thérapie.

#### DISTORSIONS COGNITIVES

Elles sont représentées par un ensemble d'erreurs logiques qui peuvent être petit à petit mises à jour à partir de l'examen avec le patient de ses pensées automatiques. Plusieurs types d'erreurs logiques, ou distorsions cognitives, ont été décrites dans les états dépressifs.

##### • **L'inférence arbitraire**

Elle représente l'erreur logique la plus fréquente et la plus générale. Elle consiste à tirer des conclusions sans preuves. Il s'agit de conclusions qui sont faites sur la base d'informations inadéquates ou impropres. Il s'agit de réponses stéréotypées aux situations à partir d'un postulat de base. Ainsi un de nos patients dépressifs qui avait à organiser des réunions. S'il parlait beaucoup dans les réunions, il avait le sentiment que les autres allaient le rejeter du fait de son excès de pouvoir; inversement s'il parlait peu, il considérait que les autres allaient le rejeter car il ne leur apportait rien et il ne tenait bien pas la place pour laquelle il était payé. Le postulat de base était que de toute façon il était une personne inadéquate à la situation.

##### • **L'abstraction sélective**

Elle consiste à se centrer sur un détail hors du contexte de façon à ce que la forme et la signification globale de la situation ne soit pas perçue ni enregistrée. Le sujet rétrécit la variance des stimuli possibles pour ne retenir que ceux qui vont dans le sens de son idiosyncrasie : échec, danger, incapacité, impuissance. Ainsi d'une semaine de travail menée à bien le sujet dépressif ne retiendra que les moments d'incapacité à l'action où il s'est laissé aller à une rêverie mélancolique, même si sa productivité est restée globalement normale. Ou bien il ne retiendra d'une soirée entre amis que le moment où la conversation a cessé de le mettre en valeur.

**• La surgénéralisation**

À partir d'un seul incident le sujet va étendre à toutes les situations possibles une expérience malheureuse isolée. Un échec professionnel limité deviendra le signe avant-coureur d'un échec irrémédiable qui se profile dans le futur pour toutes les situations possibles à venir.

**• La maximalisation et la minimisation**

Elle consiste à attribuer une plus grande valeur aux échecs et aux événements négatifs et à dévaloriser les réussites et les situations heureuses.

**• La personnalisation**

Elle consiste à surestimer les relations entre les événements défavorables et l'individu. Tout ce qui peut avoir trait à la vulnérabilité individuelle, l'échec, l'incapacité, à la dépendance et à l'agressivité et/ou l'indifférence des autres sera ainsi relié automatiquement à la responsabilité personnelle du sujet.

L'ensemble de ces distorsions, et en particulier l'inférence arbitraire, se traduisent en clinique par les événements cognitifs qui sont marqués par un style de pensée dichotomique.

### *Événements cognitifs*

Les événements cognitifs représentent le produit du traitement de l'information par les schémas et les processus cognitifs. La définition que l'on en donne pour focaliser l'attention du sujet sur eux est la suivante : « soit une pensée, soit une image visuelle dont vous n'êtes peut être pas conscient à moins de vous concentrer sur elle ». Les « produits » cognitifs sont des monologues intérieurs, des dialogues internes, des autoverbalisations, des pensées, ou des images mentales qui peuvent être étudiés d'une manière indirecte.

#### MONOLOGUES INTÉRIEURS, DIALOGUE INTERNE, AUTOVERBALISATIONS

Le monologue intérieur ou le dialogue interne des patients déprimés est marqué par des autoverbalisations autodépréciatrices brèves. Ainsi l'une de nos patientes qui se répétait sans cesse mentalement : « Tu es une femme en toc » sans pouvoir arrêter ce monologue intérieur déclenché par le souvenir d'une rupture sentimentale. Parfois apparaissait un soliloque à haute voix, lorsqu'elle se trouvait seule chez elle. Ces autoverbalisations s'accompagnaient d'une représentation dévalorisée de son corps et d'un sentiment d'anxiété important, si elle imaginait qu'on lui posait des questions sur sa vie qu'elle considérait comme un échec total. De ce fait elle anticipait avec angoisse toutes les relations qu'elle avait conservées et les évitait le plus possible.

#### PENSÉE AUTOMATIQUE ET TRIADE COGNITIVE

Beck et coll. (1979) ont mis en évidence que le vécu dépressif est dominé par le traitement de cognitions négatives qui se manifestent sous la forme de pensées automatiques. Automatique s'oppose à volontaire. Le sujet dépressif

ne choisit pas d'être attentif aux événements déplaisants et à eux seuls mais se trouve obligé de le faire. Aussi lui dire de se changer les idées ne semble pas très efficace, dans la mesure où une grande partie de ces monologues surviennent hors du champ de la conscience et nécessitent une attention soutenue au cours des séances de thérapie pour être mises à jour. Cliniquement, la pensée automatique est ressentie par le sujet comme le dévidement incontrôlable de pensées, d'images mentales, de rêveries éveillées et de souvenirs dont la tonalité sombre module les thèmes du passéisme nostalgique, du désespoir et de l'autodépréciation.

Ce rassemblement incoercible a été présenté par Beck sous une forme syndromique. Il a décrit la triade cognitive qui consiste en un ensemble de jugements pessimistes sur soi-même, le monde extérieur et le futur. L'étude de la pensée automatique permet d'avoir accès aux processus cognitifs en mettant au jour les principaux postulats ou distorsions cognitives qui sous-tendent le monologue intérieur dépressif.

#### LA PENSÉE DICHOTOMIQUE

Une des caractéristiques de la pensée dépressive est son caractère manichéen. Le sujet s'enferme dans l'alternative du tout ou rien. Tout se passe comme s'il était soumis à un ensemble d'impératifs catégoriques, particulièrement tyranniques. Il n'est rien, s'il n'est pas tout ce qu'il devrait être. Il ne vaut rien, s'il n'a pas tout ce qu'il devrait avoir. Il n'y a pas de modulation possible entre des idéaux grandioses et souvent vagues, et le sentiment d'impuissance à les atteindre. L'ambition n'est pas en soi pathologique et dépressogène, mais le dépressif est dans l'incapacité à modifier les buts de l'existence en fonction des circonstances et du hasard. S'il échoue c'est un échec, s'il réussit c'est encore un échec peut-être encore plus grave car «il avait tout pour réussir». Le déprimé inverse alors l'ambition impossible pour la transformer en descente volontaire vers des buts qu'il considère comme médiocres et qui correspondent à une image dévalorisée de soi. Ainsi un de nos patients avait demandé, sans y être forcé, une rétrogradation dans son emploi dans la mesure où il n'avait pu faire face aux obligations pourtant limitées d'une promotion.

Karen Horney, puis Ellis (1962) ont mis l'accent sur le rôle des auto-injonction automatiques qui représentent des règles implicites de conduite (les «should» ou «je devrais»). Elles ont toutes la caractéristique d'être des impératifs catégoriques dont la non-observance est assortie de menaces qui annoncent des sanctions morales et sociales. On peut citer en exemple certaines injonctions particulièrement fréquentes chez les sujets présentant des troubles névrotiques et/ou dépressifs, elles reflètent au niveau des autoverbalisations, les schémas profonds.

«Je dois toujours tout contrôler sinon je ne vauds rien.» «Je n'ai pas le droit d'avoir du plaisir sexuel sans le payer par des ennuis», etc. «Je dois faire en sorte d'être aimé par tout le monde sinon je serai rejeté.» «Je dois partout et toujours faire le bonheur des autres avant le mien.» «La justice, l'amour et la bonté doivent partout et toujours régner sur le monde», etc. Une liste des obligations

morales irrationnelles et grandioses les plus fréquentes a été proposée par Ellis (1962). Il faut noter que ces postulats sont banals et largement répandus dans une culture donnée. Chez le dépressif ils sont simplement plus rigides, inflexibles, sans nuances et opèrent souvent à un niveau inconscient.

C'est le cas d'un de nos patients qui ne fut soulagé d'une dépression grave et récidivante que lorsqu'il fut capable, en fin de thérapie, de comprendre que ses troubles émotionnels provenaient de postulats religieux acquis dans l'enfance et renforcés par un séjour au séminaire. Ces postulats concernaient en particulier le comportement sexuel du bon chrétien, et représentaient, une fois mis à jour, une caricature de l'intégrisme le plus radical, alors que le patient affichait consciemment une attitude très libérale. Il fut possible de montrer que l'idéologie implicite du patient était une abstraction sélective faite de règles encore plus rigides que les énoncés théologiques ou la pratique majoritaire de la religion. La fin de la thérapie consista, selon ses vœux, à développer et renforcer un christianisme souple, qui lui semblait plus conforme aux enseignements évangéliques.

## ATTRIBUTIONS

Une autre description et une autre interprétation des événements cognitifs peuvent être retrouvées dans les travaux qui ont été réalisés sur les attributions.

### • Définition, description

Les attributions peuvent être définies comme des interprétations faites au sujet de la causalité des événements extérieurs et du comportement individuel. Dans des conditions où un lien de causalité est incertain un sujet va se poser la question : pourquoi? Et il va élaborer des explications. Ces explications vont ensuite être considérées comme une cause du comportement ou des événements, indépendamment de toute logique. Ces jugements de causalité reflètent les schémas cognitifs.

### • Attribution et impuissance apprise : renforcement perçu et cognitions

Partant des théories skinneriennes sur le rôle du renforcement pour maintenir un comportement, des chercheurs ont tout d'abord souligné que l'absence d'événements plaisants dans l'environnement démotivait le sujet qui progressivement devenait inactif, triste et aréactif : un comportement privé de conséquences positives finit par s'éteindre. De même, une surcharge d'événements négatifs ou aversifs peut aboutir à un résultat identique. Un comportement dont les conséquences sont régulièrement négatives finit par disparaître du répertoire d'un individu.

Une telle conception a donné lieu à un modèle expérimental de la dépression qui a été utilisé aussi bien par les chercheurs dans le domaine de la psychopharmacologie que dans celui de la psychologie cognitive. Seligman (1975) a mis au moins une procédure expérimentale destinée à tester chez des chiens le rôle des événements aversifs. Dans une boîte à deux compartiments dont l'un était électrifié, il apprit à des chiens à sauter du côté non électrifié pour être à l'abri des chocs. Ensuite, il soumit la moitié des

animaux à des chocs électriques inévitables, pour ensuite les replacer dans une boîte à deux compartiments où ils pouvaient à nouveau accéder en sautant à un côté non électrifié. Il constata que deux tiers des chiens qui avaient reçu des chocs inévitables avaient désappris qu'ils pouvaient accéder en sautant à un compartiment non électrifié. Inversement les chiens «contrôles» qui n'avaient pas reçu de chocs inévitables conservaient l'apprentissage de l'échappement aux chocs. L'inhibition des chiens «choqués» fut baptisée «impuissance apprise» ou «désespoir appris» (Helplessness), et fut considérée comme un analogue expérimental de la dépression humaine, dans la mesure où les animaux, tout comme les déprimés après une expérience traumatique prolongée, ou des traumatismes répétés, cessaient d'avoir des réponses productives. À ce comportement inhibé correspond des modifications biologiques : chute de la noradrénaline au niveau du système nerveux central, et diminution du *binding* de l'imipramine tritiée au niveau du cortex frontal (Sherman et Petty, 1984).

Mais l'interprétation du phénomène d'impuissance apprise va au-delà d'un modèle purement comportemental, pour s'articuler à une dimension cognitive. Les animaux ont acquis au cours de l'expérience une nouvelle conception de la causalité : à savoir que l'environnement agit sur eux, mais qu'ils ne peuvent agir sur lui. Agir ou ne pas agir revient au même. Une structure cognitive stable s'était mise en place, et l'expérimentateur dut les tirer du côté non électrifié pour leur montrer à nouveau la possibilité d'accéder à la sécurité. Une autre façon d'améliorer les performances des animaux souffrant d'impuissance apprise était de leur donner des antidépresseurs tricycliques. Bien que ce modèle ait été proposé pour la dépression, il a été étendu d'une façon parfois hâtive à l'anxiété et aux maladies psychosomatiques. Sa transposition dans la clinique humaine a nécessité une reformulation.

### • **Modèle reformulé de l'impuissance apprise : attributions, conception de la causalité et dépression**

Un modèle de l'impuissance apprise reformulé en termes cognitifs a été proposé par Abramson, Seligman et Teasdale (1978). Ce modèle introduit la notion d'attribution, autrement dit de jugement sur la causalité.

Rotter (1966) avait montré l'importance de la représentation de la causalité chez les sujets normaux et pathologiques. Les sujets dits «internaux» perçoivent les événements comme étant sous leur propre contrôle, alors que les sujets dits «externaux» perçoivent les événements comme étant sous le contrôle de forces extérieures à eux-mêmes : le hasard, la chance, le destin ou des personnes plus puissantes qu'eux. Une abondante littérature psychométrique a étudié et validé cette dimension bipolaire d'internalité-externalité, dans des groupes de sujets normaux et des groupes de sujets présentant des troubles psychopathologiques.

Les sujets dépressifs ont des interprétations causales erronées des événements. Ainsi, le sujet dépressif face à un échec ou un événement négatif procède à un jugement de causalité (ou attribution) internal, global et stable (Abramson,

Seligman et Teasdale, 1978). Le sujet s'attribue toute la responsabilité de l'échec (internalité) et considère que celui-ci est définitif (stabilité) et s'étendra à tous les domaines de son existence (globalité). Inversement en cas de réussite ou d'événement positif le sujet va émettre des jugements externes (le hasard, les autres sont la cause de ce qui arrive d'heureux), spécifiques (l'événement est lié à une circonstance très particulière), et instables (cela ne durera pas). Le sujet pense qu'il est incapable de s'aider lui-même. Il a tendance à s'autocritiquer et à se blâmer pour cette incapacité, et il en résulte une baisse de l'estime de soi. Une telle conception de la causalité, quand elle est organisée sous la forme d'une structure cognitive permanente, représente un marqueur de vulnérabilité dépressive ainsi que l'a montré Abramson (1984) dans une étude où une structure cognitive interne, stable et globale prédisait une réaction dépressive durable lors d'un échec à un examen. À l'inverse, le sujet euthymique aura la tendance à surévaluer sa responsabilité dans les événements positifs, à diminuer sa responsabilité face à l'échec et à surfaire ses propres résultats. Le tableau 2.1 résume le modèle reformulé de l'impuissance apprise.

TABLEAU 2.1. — *Impuissance apprise. Modèle reformulé.*

Attribution ou jugement sur la causalité devant des événements positifs et négatifs				
Attribution	Internale		Externale	
	Stable	Instable	Stable	Instable
Globale	Événement –			
Spécifique				Événement +

Deux types différents d'impuissance apprise ont été décrits :

– l'impuissance apprise personnelle dans laquelle le sujet se blâme par rapport à son incapacité, devant les événements négatifs (attribution interne) mais pense que quelqu'un peut l'aider. Elle correspond aux réactions dépressives devant les événements que nous venons de rappeler ;

– l'impuissance apprise universelle dans laquelle les sujets pensent qu'on ne peut les blâmer pour leurs échecs (attribution externe), mais en plus pensent que personne ne peut les aider. Il a été ainsi montré que les sujets présentant des douleurs chroniques organiques avec dépression ne présentent pas d'impuissance apprise personnelle, mais bien un ensemble d'attributions correspondant à une impuissance apprise universelle, témoignant du fait qu'ils pensent que les thérapeutes sont impuissants à modifier leurs sensations douloureuses (Skevington, 1983).

L'un des intérêts du modèle de l'impuissance apprise est de montrer le lien entre les cognitions et le système d'action en proposant une explication de l'inhibition comportementale du déprimé.

## DÉPRESSION ET DÉFICIT DE L'AUTO-CONTRÔLE

Rehm (1977) a développé une conceptualisation de la dépression en termes à la fois cognitifs et comportementaux. Son approche fait appel à la fois au modèle du renforcement des comportements par leurs conséquences et à une régulation cognitive des comportements par des mécanismes d'autocontrôle. L'autocontrôle peut être défini comme étant l'émission de réponses comportementales qui seraient improbables du fait des renforcements immédiats dans l'environnement du sujet. L'autocontrôle privilégie les conséquences à long terme par rapport aux conséquences à court terme. Par exemple, un étudiant qui persiste dans un travail ardu malgré l'absence d'effets immédiats sur sa situation matérielle exerce ses capacités d'autocontrôle. Si l'on applique ce modèle au sujet dépressif, on trouve un déficit dans l'une ou plusieurs des trois composantes de l'autocontrôle : auto-observation, auto-évaluation et auto-renforcement.

### • L'auto-observation

Les patients déprimés ont tendance à n'observer de façon sélective que les résultats immédiats et non les résultats à terme de leur comportement.

### • L'auto-évaluation

Les patients déprimés n'arrivent pas à faire des attributions internes de causalité qui soient à la fois internes et adaptées à la réalité. De même, ils ont des critères particulièrement difficiles à atteindre pour une auto-évaluation positive. Enfin, ils ont tendance à se percevoir comme étant incapables d'obtenir des conséquences positives à leurs efforts.

### • L'auto-renforcement

Les patients déprimés ont un taux élevé d'auto-punition et un taux bas d'auto-récompense.

Cette conception peut s'intégrer facilement dans la théorie cognitive de Beck, même si leur présentation est comportementale. Ainsi, les déficits de l'auto-observation peuvent être reliés à des erreurs systématiques dans le traitement de l'information comme l'abstraction sélective. Les déficits d'auto-évaluation peuvent être dus à des inférences abstraites arbitraires. Les déficits de l'auto-renforcement peuvent résulter de la sous-estimation systématique des performances réelles et d'attributions purement externes pour les expériences de succès. Rehm (1977) a proposé de traiter par des techniques, à la fois cognitives et comportementales, ces trois dimensions de l'autocontrôle.

## Conclusion

Nous avons présenté le modèle sous-jacent à la thérapie cognitive de Beck et montré comment il s'inspire de la psychologie cognitive fondamentale. Nous allons voir maintenant comment ce modèle inspire la psychologie cognitive en lui posant des problèmes théoriques et expérimentaux.

## études expérimentales

J. COTTRAUX

Les études expérimentales s'adressent à deux problèmes connexes : la validité du modèle cognitif « traitement de l'information chez le déprimé » et la mise à jour des processus qui sous-tendent les résultats obtenus par la thérapie cognitive. Les travaux récents ont entraîné une modification et une reformulation des modèles initiaux.

### Études du modèle cognitif

L'hypothèse de Beck, selon laquelle des schémas dépressogènes sont un prisme déformant qui polarise de manière inconsciente l'information pour la transformer en cognitions conscientes lugubres, soulève une série de questions :

- la mémoire à long terme du déprimé contient-elle de tels schémas?
- y a-t-il une différence entre les cognitions « normales » des sujets qui n'ont pas d'état dépressif et les cognitions de sujets en état dépressif?
- quelles sont les relations entre l'environnement social et les cognitions?
- existe-t-il une structure cognitive latente qui représenterait un trait de personnalité stable? Autrement dit est-ce que des schémas cognitifs quiescents vont précéder l'état dépressif qui ne sera déclenché que devant des événements qui vont les réactiver;
- est-ce que les cognitions précèdent l'affect dépressif, ou sont-elles simplement une conséquence de cet affect fondamental?

### *Mémoire, schémas et traitement de l'information chez le déprimé*

Les études de la mémoire épisodique ont utilisé une méthodologie de perception ou de rappel de situations d'apprentissage dont les caractéristiques étaient tantôt négatives tantôt positives. Les études de la mémoire sémantique

se fondent sur le paradigme de la profondeur du traitement (Craik et Lockhart, 1972), qui amène le sujet à coder l'information au niveau où se situent les schémas personnels. Ce codage profond laisse une trace mnésique plus stable et plus facile à rappeler. Un troisième type d'études effectuées surtout chez des étudiants volontaires, et parfois chez des dépressifs, consiste à induire une humeur dépressive ou euphorique par l'intermédiaire de mots (Velten, 1968) ou de musique.

Ces études suggèrent qu'un facteur clé serait un codage sémantique négatif de l'information, alors que l'information épisodique positive serait en général ignorée. Des critiques méthodologiques ont été adressées à ces travaux. Beaucoup d'études concernant le codage ont utilisé une information trop impersonnelle, par exemple une information sur le résultat d'une tâche expérimentale. Les études de rappel des souvenirs personnels semblent plus satisfaisantes dans la mesure où l'état de dépression spontané ou induit entraîne plus de rappel de souvenirs malheureux, alors qu'une humeur euphorique entraîne l'inverse (Teasdale et coll., 1980). Elles reflètent plus l'état thymique interne du sujet alors que les études de codage épisodique ou sémantique reflètent plus l'action de l'environnement. Les études de rappel de souvenirs montrent aussi la dépendance de cognitions par rapport à l'état affectif sans prouver que des schémas existent de façon permanente et latente, puisque les études ont été faites chez des sujets dépressifs ou des sujets pour lesquels une humeur dépressive avait été induite. On se trouve donc en présence de phénomènes psychologiques dépendant de l'état thymique.

Étant donné l'abondance de la littérature, nous présenterons une synthèse des résultats, dont le détail peut être retrouvé dans Ingram (1986) et Blackburn (1987). Nous avons représenté sur le tableau 3.1 les résultats des trois types d'études.

TABLEAU 3.1. — *Résultats des études sur le traitement de l'information chez le déprimé.*

<b>Nombre d'études</b>	19	8	9
<b>Processus étudié</b>	<b>Codage sémantique</b>	<b>Codage épisodique</b>	<b>Rappel de souvenirs personnels</b>
<b>Sujets</b>	dépressifs	dépressifs	volontaires ou dépressifs
<b>Méthode</b>	profondeur du traitement	rappel d'apprentissage	induction d'humeur
<b>Information positive</b>	sous-évaluée ou évaluée correctement	sous-évaluée	sous-évaluée
<b>Information négative</b>	surévaluée	évaluée correctement	surévaluée

## *Distorsions cognitives normales et distorsions dépressives : L'Éclésiaste contre le Docteur Pangloss*

Tout un courant de recherche s'est efforcé de déterminer ce que pourrait être une cognition dont la tonalité thymique serait normale. Après l'accent mis par Beck et coll. (1979) sur les distorsions cognitives péjoratives chez les dépressifs, on a souligné le caractère exagérément optimiste des cognitions des sujets dont l'humeur est normale.

Selon Alloy et Abramson (1979) qui ont effectué une étude comparative chez des déprimés et des sujets normaux, les sujets dépressifs apparaîtraient plus tristes mais plus sages que des sujets normaux. Ainsi l'auto-satisfaction irréaliste du sujet à l'humeur « normale » peut être opposée à l'hyperréalisme cruellement vrai du dépressif. On peut rapprocher ces résultats expérimentaux du verset fameux de l'Éclésiaste : « Celui qui accroît sa science, accroît aussi sa douleur ». Ou bien, pour reprendre les mots d'une de nos patientes dépressives : « Je suis maintenant déprimée, lucide, mais avec la conscience du gâchis que j'ai créé autrefois sans m'en rendre compte dans mon existence ». Sackheim et Wegner (1986) ont comparé les attributions effectuées, lors de tâches expérimentales, par des sujets cliniquement déprimés, des schizophrènes et des sujets normaux. Les différences qui apparurent opposèrent les sujets dépressifs, aussi bien aux schizophrènes qu'aux sujets normaux. Les sujets dépressifs présentaient une attitude autopunitive en s'attribuant plus de responsabilité pour un échec que pour une réussite dans les tâches expérimentales. Les sujets normaux et les schizophrènes étaient marqués par une plus grande autosatisfaction, et des illusions de contrôle de la situation expérimentale, que les résultats soient bons ou mauvais.

Le dialogue interne des sujets normaux est donc marqué avant tout par un optimisme irrationnel. Ce dialogue interne positif peut avoir une valeur adaptative dans la mesure où le succès tout comme l'échec est une prédiction qui s'autoréalise. Pour faire référence au *Candide* de Voltaire, on pourrait appeler cette distorsion positive le syndrome du Docteur Pangloss, qui devant les événements les plus pénibles aboutissait à la conclusion qu'il vivait dans le meilleur des mondes possibles. Mais, la pensée positive, sous une forme subtile ou caricaturale, est-elle aussi nécessaire à un fonctionnement psychologique harmonieux?

Une manière non manichéenne d'étudier le problème serait de considérer le caractère dialectique de la positivité et de la négativité dans les autoverbalisations des sujets normaux et dépressifs. Schwartz et Garamoni (1984) ont suggéré que le dialogue interne positif et le dialogue interne négatif sont dans une relation si étroite qu'ils doivent être étudiés ensemble. Trois types de dialogue interne peuvent être décrits.

**Le dialogue interne positif** qui compte 61,8 % de cognitions positives contre 38,2 % de cognitions négatives. Cette proportion correspond au nombre d'or de l'architecture classique. Rappelons que le nombre d'or correspond à la section d'une ligne de telle sorte que le rapport entre la plus petite partie de la ligne et la plus grande partie de la ligne soit égale au rapport entre la plus grande partie de la ligne et la totalité de celle-ci. Des travaux ont montré que le

rapport signal/bruit le plus favorable à la perception correspondait au nombre d'or qui n'est donc pas seulement un canon esthétique fixé *a priori* par la culture gréco-latine, mais correspond aussi à une contrainte structurale des mécanismes perceptifs.

**Le dialogue interne de conflit** avec 50 % de cognitions négatives et positives correspondrait à des états d'anxiété ou des états dépressifs légers.

**Le dialogue interne négatif** avec 61,8 % de cognitions négatives. Cette proportion représente l'inverse du nombre d'or et pourrait être typique des états sévères d'anxiété et de dépression. Mais, à ce jour, l'hypothèse de Schwartz et Garamoni ne repose que sur une évaluation regroupant 32 études où les processus cognitifs de patients anxieux ont été comparés à ceux des sujets contrôles.

Quel dialogue intérieur est le plus adaptatif : le dialogue interne positif ou le dialogue interne négatif, ou une proportion idéale des deux ? Schwartz (1986) a essayé d'élaborer son hypothèse en réexaminant une série de travaux concernant des sujets ayant un déficit d'affirmation de soi, ou de l'estime de soi. Il aboutit à la conclusion que les événements négatifs et les cognitions négatives sont plus saillantes et ont plus d'impact sur les sujets que les cognitions positives. Les cognitions négatives pourraient être plus importantes pour l'adaptation que les cognitions positives. Cependant, une proportion de 1,7 cognitions positives par rapport à 1 cognition négative représente l'optimum adaptatif.

L'accent mis sur la pensée positive par la psychologie populaire apparaît donc illusoire. Le but thérapeutique ne serait donc pas simplement de développer des pensées positives, mais d'éliminer un certain nombre de pensées négatives pour rétablir la balance optimale. Il reste cependant à valider cette hypothèse chez des sujets présentant une dépression cliniquement importante.

### *Environnement social et cognition*

Les travaux précédents posent un problème central : les sujets dépressifs ont-ils tort ou raison de considérer que le monde est une vallée de larmes et eux-mêmes des agents impuissants de leur propre malheur ? D'un point de vue sociogénétique, on peut observer que la dépression répond souvent à des événements réels et actuels dans l'environnement. La plainte dépressive n'est pas sans fondement, et peut représenter un effort avorté de faire face à une situation objectivement difficile.

Les sujets dépressifs subissent plus que les sujets normaux des événements existentiels négatifs, c'est l'une des constantes des travaux épidémiologiques comme le rappelle Krantz (1985). En particulier une détérioration des relations conjugales peut être retrouvée au début des états dépressifs. La dépression peut être la conséquence, mais aussi la cause des événements de vie néfastes. Les complications sociales et conjugales peuvent résulter d'un état dépressif au début, et vont ensuite l'aggraver.

Il a été montré que l'expression de pensées tristes et de jugements constamment négatifs sur soi et les autres entraîne le rejet dans la mesure où le pessimisme du dépressif engendre chez autrui des pensées dépressives et des

réactions de colère et d'évitement. Dans un couple où il y a un sujet dépressif, on peut voir apparaître secondairement un conflit, suivi d'une séparation ou d'un divorce qui vont accroître le pessimisme tout en le justifiant. De même les relations de travail peuvent être perturbées au point d'entraîner un licenciement et le chômage, qui secondairement va accroître la dépression tout en confirmant les attentes négatives du sujet. Plusieurs travaux vont dans ce sens. Nous citerons simplement Gurtman (1987) qui a effectué une étude analogue expérimentale sur 92 étudiants. Il a montré que l'expression verbale et non verbale d'affects dépressifs, ou même simplement d'affects émoussés, aboutissait à une dévalorisation et un rejet par les autres. L'expression de l'affect dépressif entraîne le rejet actif ou l'évitement. L'affect appauvri et l'absence d'expression non verbale de l'affect peut créer le sentiment que le sujet est lointain et désire être laissé seul. Dans les deux cas le résultat est un déficit dans les relations sociales qui va, en rendant le sujet solitaire, justifier l'autodévalorisation initiale.

De nombreux auteurs ont aussi montré la corrélation inverse qui existe entre la capacité à traiter les situations sociales (affirmation de soi ou compétence sociale), mesurée par des instruments psychométriques adaptés, et des scores élevés sur les échelles de dépression (Lewinsohn, 1982). La conséquence thérapeutique est de reconnaître chez le déprimé le rôle de l'environnement même celui-ci apparaît déformé par les distorsions cognitives du patient.

La thérapie interpersonnelle de la dépression qui est d'inspiration éclectique, à la fois psychodynamique et culturaliste, représente également une forme d'intervention sur les facteurs sociaux. Klerman et Weissman (1986) ont mis au point des méthodes thérapeutiques à court terme fondées sur l'étude et la modification des interactions de l'individu avec son environnement familial et social. La valeur de ces méthodes dans le traitement de la dépression a été confirmée au cours d'études contrôlées (*cf.* chapitre 8).

On peut aussi remarquer que le modèle thérapeutique de Beck et coll. (1979), avec sa prescription de programme d'activités et l'utilisation du jeu de rôle en individuel ou en groupe, intervient aussi, bien que ce ne soit pas sa visée primordiale, sur les interactions sociales du patient.

### *Stabilité des schémas et traits de personnalité*

Une critique souvent formulée à l'égard de la théorie cognitive de Beck est qu'elle postule des schémas cognitifs de plus en plus profonds dont la démonstration expérimentale demeure problématique. En effet, Beck (1984a) considère que des schémas cognitifs latents et inapparents cliniquement pourraient représenter un des facteurs fondamentaux de la dépression. Ces schémas seraient activés en cas de situations stressantes.

Le problème de la latence des schémas reste controversé. Nous en examinons les arguments contre et pour. Si l'hypothèse de Beck est valide, il devrait être possible de mesurer des traits de personnalité, ou un style cognitif stable, qui entre les accès dépressifs représenterait une constante. Ce trait correspondrait à une structure stable, véritable marqueur de la vulnérabilité à la dépression. Des arguments analogues ont été avancés par Abramson (1984) avec des résultats positifs, en particulier dans des populations d'étudiants.

Mais une étude effectuée par Lewinsohn (1981) sur une grande échelle (elle portait sur mille volontaires) apporte des résultats négatifs. Quatre-vingt-cinq de ces mille sujets devinrent déprimés au cours de l'année suivant leur évaluation. Or, avant leur épisode dépressif, ils ne présentaient pas un style cognitif caractérisé par le pessimisme, des attributions négatives et des systèmes de croyance irrationnels. D'autres études négatives, et quelques études positives (Eaves et Rush, 1984), ont été publiées, dans le domaine aussi bien de la stabilité des schémas que des attributions (pour une revue voir Blackburn, 1987).

De plus, des travaux expérimentaux ont montré une modification des cognitions négatives aussi importantes, bien que moins durable, avec les médicaments antidépresseurs qu'avec la thérapie cognitive seule (Simons et coll., 1984; Silverman et coll., 1984; Glass et coll., 1981). Ces auteurs aboutissent à la conclusion que les perturbations cognitives des sujets dépressifs sont plus un symptôme de la dépression qu'un trait stable de caractère. Inversement une étude (Rush et coll., 1986) a montré que chez des déprimés en rémission la persistance d'attitudes dysfonctionnelles de pensée prédisait une vulnérabilité et annonçait des rechutes ultérieures.

Plus récemment, Beck a entrepris d'étudier une dimension particulière de la personnalité, la dépendance sociale (sociotropie) opposée à l'autonomie. La dépendance sociale serait la structure de base qui ferait le lit de la dépression. Des études sont en cours pour valider cette dimension.

### *Affect et cognition : les modèles cognitifs sont-ils trop intellectualistes ?*

La principale critique du modèle cognitif est venue de chercheurs qui soutiennent qu'il y avait une primauté des réactions affectives par rapport aux cognitions. Zajonc (1980), dans un article célèbre, a suggéré que les jugements affectifs étaient précognitifs, non-verbaux automatiques, inévitables. Au cours de l'évolution de l'espèce humaine, les affects pourraient avoir précédé les cognitions froides et rationnelles et représenter un système indépendant du système cognitif. Affect et cognition appartiennent à deux systèmes qui sont séparés bien qu'en interrelation. Deux types de cognitions peuvent être individualisés : des cognitions chaudes ou affects, qui précèdent dans l'évolution phylogénétique, les cognitions froides et rationnelles. Celles-ci sont à proprement parler les cognitions qu'étudient les spécialistes de la pensée. Zajonc suggère que le changement produit par la thérapie cognitive résultait moins d'une modification cognitive que d'une réduction des réactions émotionnelles négatives et du développement d'affects positifs.

On retrouve ainsi la conception classique selon laquelle l'affect et le trouble de l'humeur est l'élément central de la dépression. Mais existe-t-il des affects sans cognitions et des cognitions sans affects? Plutôt que d'admettre qu'il y a séparation entre les systèmes affectif et cognitif, on peut considérer qu'affect et cognitions sont solidaires l'un de l'autre comme les deux faces d'une carte à jouer. Certains patients ont des affects sans pensée, et d'autres des pensées sans affects, mais le blocage affectif ou cognitif peut être modifié au cours de la thérapie, ou bien par une auto-observation, ou lors d'une simple analyse

fonctionnelle. En outre, il est possible d'induire expérimentalement des pensées dépressives en induisant des affects par une méthode non verbale comme la musique. Il est aussi possible d'induire des affects avec des stimulations verbales qui passent par le système du langage et donc de la pensée. L'interface entre l'affect et la pensée automatique est le lieu des interventions cognitives : il est donc important d'envisager un modèle interactionnel.

Le point de vue de Bower (1978, 1981, 1982) qui postule un réseau associatif sémantique qui relie les émotions, les cognitions et des représentations liées à l'action, apparaît plus satisfaisant qu'une séparation des deux systèmes. Bower soutient à partir de données expérimentales, que les expériences émotionnelles sont une structure en réseau de propositions verbales descriptives qui sont connectées entre elles. Une émotion possède un nœud mnésique verbal, qui est relié à d'autres nœuds mnésiques représentant des images, des événements, des comportements expressifs ou des réponses végétatives. L'activation d'un nœud émotionnel par des expériences verbales, perceptuelles ou imaginaires va activer de proche en proche les associations entre les différents nœuds mnésiques (verbal, moteur, végétatif, etc.). Si un certain seuil d'activation est franchi le contenu mnésique va devenir conscient.

Ainsi une humeur dépressive activera des concepts et des souvenirs de même tonalité. Un sujet dépressif entendant un mot neutre comme « avion » retrouvera le souvenir d'une séparation liée à l'avion. Ce qui déclenchera une excitation du nœud de la tristesse, et de l'ensemble de son réseau sémantique relié à des nœuds comportementaux et végétatifs. Il entretiendra ainsi le haut niveau d'émotion triste initial. La perception de soi, des événements actuels, et les anticipations, seront tributaires de cette activation émotionnelle négative. Ceci entraînera dans un deuxième temps une association plus forte entre les mots, les concepts, les affects et les souvenirs dépressogènes.

Teasdale (1983) interprète d'une façon analogue l'ensemble des travaux qu'il a effectué sur les effets de l'induction de l'humeur sur la mémoire. Il conclut que les cognitions négatives peuvent produire l'état de dépression. De même l'état de dépression accroît la probabilité des cognitions qui vont justement ensuite la maintenir.

### *Éducation, style cognitif, événements de vie et prédisposition à la dépression*

Beck (1967) a proposé un modèle qui permet d'étudier les attitudes parentales en ce qu'elles peuvent prédisposer leur descendance à la dépression. Les attitudes dysfonctionnelles consistent dans des schémas qui ont trait à la valeur personnelle et qui sont liés à un perfectionnisme rigide. L'hypothèse fut avancée que ces attitudes dysfonctionnelles sont acquises dans l'enfance à travers une relation perturbée entre le parent et l'enfant.

#### DÉPRESSION ET ATTITUDES PARENTALES

En particulier les parents qui se comportent d'une manière critique, sans jamais utiliser l'approbation faciliteraient la prédisposition à la dépression. Par

exemple, un parent qui compare un enfant à ses frères et sœurs peut engendrer une attitude dysfonctionnelle : « Si je ne fais pas aussi bien que les autres cela signifie que je suis un être humain inférieur. » Des parents qui rejettent l'enfant quand il échoue peuvent engendrer une attitude telle que : « Si j'échoue en partie, c'est comme si j'échouais complètement. » En cela, les expériences initiales de socialisation à l'intérieur de la famille jettent des bases pour l'acquisition d'hypothèses dysfonctionnelles et « d'agendas d'obligations » qui vont guider l'interprétation des événements négatifs.

Le modèle est donc à trois étages. Tout d'abord, un style parental d'éducation négatif au premier niveau. Au deuxième niveau, le développement d'attitudes dysfonctionnelles. Au troisième niveau des tendances à la dépression et donc une vulnérabilité aux événements qui peuvent déclencher celle-ci. Jusqu'à présent, cette hypothèse n'avait jamais été testée sérieusement.

TABLEAU 3.2. — *Perceptions du style parental et dépression des enfants (modèle de Beck, 1967).*

Stade III dépression
Stade II attitudes dysfonctionnelles
Stade I style parental

Un projet qui a été conduit à l'université Temple de Philadelphie et à l'université du Wisconsin a essayé de mettre en évidence, de manière scientifiquement valide, la relation entre les trois niveaux postulés par Beck, et a donné lieu à une série de publications.

Dans une première étude (Randolph et Dykman, 1998), deux cent quarante-six étudiants ont été évalués. Ils remplissaient un questionnaire qui permettait de définir les dimensions éducationnelles qu'ils avaient eues. Quatre dimensions ont été prises en compte : l'absence d'affection, la surprotection, le perfectionnisme et le criticisme. En parallèle étaient passées des mesures évaluant les attitudes dysfonctionnelles, la prédisposition à la dépression et la dépression actuelle. L'étude a montré qu'il y avait un effet des quatre dimensions parentales postulées en ce sens que chacune des quatre dimensions corrélait significativement avec les attitudes dysfonctionnelles et les tendances dépressives dans la descendance. De plus, la *Path Analysis* allait dans le sens du modèle à trois étages de Beck, le rôle essentiel était cependant dévolu à un style parental critique et perfectionniste. Enfin, en contrôlant la dépression actuelle, les corrélations restaient significatives, ce qui voulait dire que les résultats n'étaient pas liés à un effet actuel d'une humeur dépressive. Ces résultats suggèrent que les comportements parentaux et les attitudes parentales exercent une influence sur la création des attitudes dysfonctionnelles des enfants et peuvent, de ce fait, prédisposer à la dépression.

#### LE STYLE COGNITIF DES SUJETS À HAUT RISQUE ET DE LEURS PARENTS

Le style cognitif qui prédit la dépression a été étudié en détail par Alloy (1999). Dans un grand groupe de 5 378 étudiants ont été sélectionnés au

hasard 173 étudiants à « haut risque » (quartile 1) et 176 étudiants à « bas risque » (quartile 4), selon un questionnaire mesurant les cognitions négatives. Un suivi à deux et trois ans a montré qu'un style cognitif négatif initial rendait vulnérable à la dépression et aux récives.

Le taux de dépression avec désespoir en face d'événements de vie négatifs est triplé chez les sujets à haut risque, le risque de dépression majeure est doublé. De même, la capacité de se servir du renforcement social est diminuée et le risque suicidaire plus élevé. Le traitement de l'information est également perturbé avec un rappel mnésique et un traitement plus rapide de l'information ayant trait à des thèmes l'incompétence, de non-valeur ou de faible motivation. Les ruminations dépressives étaient aussi plus fréquentes chez les sujets à haut risque. Ils présentaient aussi un taux nettement plus élevé de troubles de personnalité de différents types : 5 % chez les sujets à haut risque contre 1,7 % chez les sujets à bas risque.

Trois cent vingt parents de sujets à haut risque et à bas risque ont été également comparés dans le même projet. En ce qui concerne les sujets à haut risque, les mères sont dépressives, plus fréquemment. De même, il existe globalement plus d'attitudes dysfonctionnelles chez les parents. Plus de réactions déprimantes sur les causes et les conséquences des événements stressants sont données par les parents aux enfants. Le développement d'une vulnérabilité cognitive à la dépression est relié à un style parental qui est fait de surprotection, de manque de chaleur avec « contrôle sans affection ». De plus, des abus parentaux, émotionnels, sexuels, physiques, et des négligences sont plus souvent retrouvés. Jaenicke (1987) avait déjà trouvé que les mères critiques, menaçantes et autoritaires avaient plus fréquemment des enfants qui développaient un style négatif de cognition.

#### VULNÉRABILITÉ COGNITIVE, DÉPRESSION ET TROUBLES DE PERSONNALITÉ

Les résultats obtenus dans la dépression sont donc à comparer avec ceux retrouvés dans la genèse des troubles de personnalité, en particulier la personnalité état limite, dont on sait qu'elle se manifeste souvent par des épisodes dépressifs, des tentatives de suicide ou des para-suicides.

Les abus sexuels et les négligences graves sont clairement des facteurs de trouble de personnalité. Une étude de Zanarini (1997) a été effectuée chez 358 patients qui présentaient un trouble de personnalité état limite. Elle a montré que 91 % disaient avoir été abusés, alors qu'ils étaient enfants. De plus, 92 % rapportaient avoir été négligés par leurs parents ou une personne qui devait prendre soin d'eux, avant l'âge de 18 ans. Ce travail s'ajoute à une longue liste d'études qui avaient montré la fréquence des abus sexuels ou des négligences parentales dans la personnalité état limite. Les abus ne sont donc pas forcément sexuels, mais peuvent être simplement une négligence grave par une personne importante de l'entourage.

Une seule étude, à ce jour, a envisagé le problème sous l'angle de la prédiction (Johnson, 1999). Effectuée chez 639 jeunes et leur mère, elle a comparé les données psychiatriques avec les preuves juridiques enregistrées concernant l'abus sexuel ou la négligence. Les enfants abusés et/ou négligés étaient quatre

fois plus susceptibles d'avoir un diagnostic de trouble de personnalité durant l'âge adulte que ceux qui n'avaient pas subi ce préjudice. Ce résultat demeurerait valable, même si les effets de l'âge, les médications et les troubles psychiatriques de chacun des parents étaient maintenus constants par une technique statistique appropriée. Cette étude suggère donc fortement qu'il existe un effet des mauvais traitements aux enfants sur le développement de troubles de la personnalité, ultérieurs, et que ces effets sont indépendants des facteurs génétiques de personnalité.

## Études du processus thérapeutique

La recherche du processus de la thérapie cognitive nous renvoie au problème classique des relations entre la pensée, les affects et l'action. Chaque école de psychothérapie a traité à sa manière cet éternel triangle.

– Selon le comportementalisme, les changements dans les relations entre les actions et leurs conséquences sociales changent les pensées et les affects.

– Selon la psychanalyse, la prise de conscience de l'affect, et de son sens, aboutit à changer les pensées et les actions.

– Selon les théories cognitives, changer les pensées modifie les affects et les actions.

– Il faudrait également ajouter la chimiothérapie antidépressive qui possède une action sur les affects dépressifs et sur le ralentissement psychologique et moteur.

Sur la figure 3.1 nous avons présenté la dépression comme un système à entrées multiples. Ce schéma interactionnel rend compte des sites d'action supposés des différentes thérapeutiques. Nous aurons la prudence de ne pas représenter un ou plusieurs sites d'action précis pour tel ou tel traitement dans la mesure où les processus des interventions psychologiques et chimiothérapiques restent sujets à de nombreuses interrogations.

La thérapie cognitive est un traitement éclectique qui recouvre des techniques variées agissant aussi bien sur les composantes cognitives, que comportementales, ou affectives du syndrome dépressif. Nous les envisageons successivement les hypothèses concernant le rôle de chacune de ces trois composantes, avant d'aborder les problèmes des effets cognitifs des antidépresseurs.

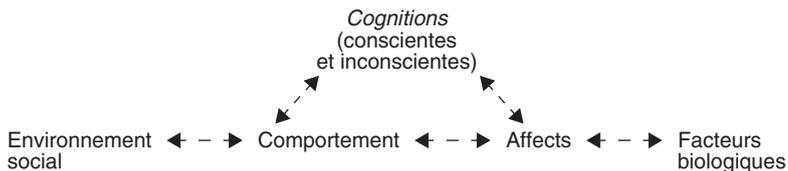


FIG. 3.1. — *Modèle interactionnel de la dépression.*

## Hypothèses cognitives

### ACCOMMODATION ET CHANGEMENT THÉRAPEUTIQUE

Un des effets de la thérapie cognitive sur les processus mentaux pourrait être de modifier le contenu dépressogène du schéma, et de réaliser ainsi un passage de l'assimilation vers l'accommodation. Le résultat clinique pourrait être de modifier l'attention excessive que le déprimé se porte à lui-même. En effet l'une des caractéristiques cliniques et psychométriques du déprimé est l'introversion et le repliement sur lui-même, qui l'oppose au sujet normal plus attentif aux autres, et plus extraverti. Le sujet dépressif aboutit par une auto-observation malveillante à perdre de l'estime de soi, ce qui représente une forme d'assimilation des relations humaines à un égocentrisme négatif. Recentrer le sujet sur le monde extérieur peut ainsi réduire l'assimilation aux schèmes égocentriques négatifs, en développant l'accommodation à une réalité plus ambiguë que ne le présuppose le manichéisme autodestructeur du dépressif. Ce qui, petit à petit, va modifier les processus de traitement de l'information et les structures cognitives.

Tissot (1984) a étudié avec l'aide d'épreuves de psychologie génétique le fonctionnement de l'accommodation et de l'assimilation chez des sujets hystériques et obsessionnels. Ils ont montré qu'il y avait chez l'obsessionnel un primat de l'accommodation alors que l'hystérique présentait un primat de l'assimilation. Ces résultats expliqueraient la symptomatologie corporelle autocentrée de l'hystérique. Il serait certainement intéressant de reproduire de tels travaux chez des sujets dépressifs en faisant l'hypothèse qu'ils présentent un primat de l'assimilation par rapport à l'accommodation, ce qui pourrait expliquer le maintien des schémas dépressogènes.

Hollon et Kriss (1984) et Ingram (1986) ont suggéré que la thérapie cognitive pourrait exercer ses effets en modifiant le contenu des schémas cognitifs, en développant l'accommodation. Cependant, ils n'amènent pas de travaux expérimentaux à l'appui de leur thèse. Deux arguments iraient contre cette opinion :

- les rémissions spontanées de la dépression, qui ne sont pas de façon démonstrative liées à la modification des schémas ;
- les effets des chimiothérapies qui modifient les cognitions dépressives, sans que l'on puisse affirmer qu'elles modifient directement les schémas.

Deux hypothèses rivales peuvent être formulées :

- la première est qu'un mécanisme commun, d'ordre cognitif, l'accommodation, est à la base de tous les types d'amélioration de la dépression ;
- la seconde est que des mécanismes différents sont en cause dans les rémissions chimiques, les rémissions spontanées et les rémissions dues à chaque type de psychothérapie de la dépression qui obtient des résultats supérieurs au placebo. En l'état actuel des travaux expérimentaux, il n'est pas possible de trancher.

### DÉVELOPPEMENT DE SCHÉMAS COMPENSATOIRES

Le développement de schémas cognitifs compensatoires (*coping schemata*) de la dépression a été envisagé comme l'un des processus thérapeutiques. Il

s'agirait de schémas correspondant au stockage d'informations sur « ce qu'il faut faire » durant les épisodes de stress et de dépression. De tels schémas auraient des composantes cognitives et comportementales. Le sujet peut alors faire face à la dépression, et la maintenir à un niveau infraclinique. Des mécanismes antidépresseurs, cognitifs et comportementaux ont, par ailleurs, été mis en évidence chez les sujets normaux par une série d'études sur le thème : « Que faites-vous quand vous êtes déprimé ? » (Rippere, 1977).

La métaphore de l'ordinateur permet de comparer la dépression à un programme qui continuera de fonctionner, mais dont l'information dépressogène déclenche la mise en route d'un sous-programme compensatoire. Les thérapies cognitives agissent peut être en apprenant au sujet à internaliser ce type de sous programme. En effet, la méthode d'évaluation sur une fiche à trois colonnes met en place des capacités de repérage des affects dépressifs et des pensées automatiques. Ensuite, il est prescrit au patient de modifier ses pensées lorsqu'il prend conscience de la dysphorie et d'enregistrer le résultat sur une fiche à cinq colonnes. La mise en question systématique des postulats et des pensées automatiques représente également un facteur de mise en place du programme compensatoire.

#### INACTIVATION DES SCHÉMAS

Une autre possibilité serait que la thérapie cognitive inactive les schémas dépressogènes (Hollon et Kriss, 1984). Dans cet perspective des schémas automatiques, rapides et inconscients, deviendraient conscients. Les modalités du traitement de l'information seraient modifiées et le sujet passerait d'un traitement automatique à un traitement contrôlé, plus long, et tributaire d'une analyse logique des interactions entre l'affect, les pensées et la réalité. Une fois que le schéma est inactivé les affects et les symptômes de la dépression sont modifiés. Petit à petit, le traitement contrôlé de l'information gagnerait en rapidité et deviendrait quasi-automatique.

#### MÉTACOGNITIONS ET CHANGEMENT MÉTACOGNITIF

Beck et coll. (1979) ont émis l'hypothèse d'un changement métacognitif qui consisterait en un effet de distanciation. La prise de conscience des schémas, et leur discussion avec le thérapeute, amène une mise à distance par extériorisation. Le jeu de rôle peut aussi faciliter la mise en place de ce processus thérapeutique. L'humour y est souvent présent. Le sujet sort de la contrainte de l'affect pour en contempler et le sens et les effets sur sa vie relationnelle. Ce savoir au second degré sur la cognition, ou métacognition, permet de sortir de la complaisance narcissique négative. Blackburn et Bonham (1980) ont montré dans une étude expérimentale l'effet de techniques de « distanciation » sur l'humeur et ses corrélats psychophysiologiques.

#### *Le changement cognitif est-il simplement le reflet du changement comportemental ?*

La modification des cognitions est-elle seule suffisante pour améliorer un état dépressif ? On se trouve devant le « paradoxe comportemental » mis en évidence

par Bandura (1977). Il consiste en ce que, même si toute thérapie a pour résultat final de modifier les cognitions des patients, l'agent thérapeutique le plus puissant pour entraîner le changement cognitif est la modification du comportement. Or, pour entraîner une modification des systèmes de pensée, la thérapie cognitive modifie aussi l'inhibition comportementale qui se traduit par l'évitement des situations de plaisir et de maîtrise : le thérapeute donne souvent dès la première séance des programmes gradués d'activité, à côté de techniques purement cognitives. En d'autres termes la mise à l'épreuve dans l'action est-elle meilleur moyen de tester l'inanité et l'illogisme des anticipations négatives du sujet déprimé?

Selon Bandura le mécanisme central des diverses formes de psychothérapie serait d'augmenter le sens de l'efficacité personnelle perçue par le patient et de ce fait d'accroître ses anticipations d'efficacité et de résultats. Les anticipations d'efficacité consistent en la croyance à la capacité d'émettre un comportement dans une situation donnée. Les attentes de résultats consistent à croire que le fait d'émettre un comportement dans une situation donnée va aboutir à un résultat. Quatre méthodes principales seraient à la base de cette modification des attentes : la prescription et le renforcement verbal et non verbal des comportements qui sont inhibés, l'observation et l'imitation de modèles, la restructuration des systèmes irrationnels de croyance, la réduction de l'activation du système nerveux végétatif. Toutes les psychothérapies utiliseraient en proportion variables des éléments dérivés de ces quatre grands principes de changement.

Ainsi, des expériences de succès, de plaisir et de maîtrise sont induites par les programmes d'activité prescrits par les thérapeutes cognitivistes avec pour objectif de tester dans la réalité les postulats dépressogènes. Cette composante thérapeutique serait le facteur crucial de la thérapie. La modification des attentes négatives serait secondaire au changement comportemental.

Les résultats positifs obtenus dans la dépression par les thérapies comportementales qui se fondent sur le développement systématique du renforcement social positif (Lewinsohn, 1982) plaideraient pour ce point de vue. Avec cette réserve que Lewinsohn utilise aussi des procédures de modification cognitive, de réduction de l'activation émotionnelle (relaxation); il est, de plus, pratiquement impossible de faire quelle que psychothérapie que ce soit sans intervenir à un niveau cognitif.

Inversement une thérapie cognitive «pure» ne devrait pas intervenir en établissant un agenda d'activités hors séances et en effectuant des jeux de rôle, comme il est habituel de le faire au cours des thérapies cognitives.

Aussi, malgré les divergences théoriques on peut soupçonner que les pratiques de Beck et de Lewinsohn soient souvent voisines. Il s'agit de méthodes de «modification cognitivo-comportementale». Un démantèlement des méthodes thérapeutiques pour isoler les composantes cognitives et comportementales et en étudier les effets spécifiques s'avère donc difficile.

### *Changement cognitif et changement affectif*

Comme nous l'avons vu plus haut dans la discussion sur la primauté de l'affect ou de la cognition, la thérapie cognitive n'est pas une méthode rationalisante qui amène le patient à une intellectualisation désséchante. Bien que

baptisée cognitive, son lieu d'action privilégié au cours des séances est l'interaction entre l'affect et la cognition. Les mouvements émotionnels du patient sont utilisés pour mettre à jour les pensées automatiques et les postulats qui les sous-tendent. On peut aussi observer que Beck et coll. (1979), tout en soutenant que les émotions sont avant tout en relation avec la signification personnelle des événements, se servent délibérément, à côté d'interventions cognitives et comportementales, de techniques spécifiques pour modifier les affects et les émotions dans la dépression.

Est-ce que l'expérience émotionnelle correctrice ne représenterait pas le processus thérapeutique fondamental? Pour répondre à cette question, il faudrait isoler une composante émotionnelle «pure» parmi les différentes méthodes de thérapie cognitive. Mais, tout comme pour l'étude des interactions entre comportement et cognition, il apparaît difficile de dissocier, pour le bien de la recherche, la composante affective de la composante cognitive et de la composante comportementale. Le modèle des nœuds émotionnels de Bower permet sans doute de mieux comprendre les interactions affect-cognition-comportement et peut servir de base à des études expérimentales.

Haudekeete et Vantomme (1986), partant des prémisses de Bower, ont mis au point une méthode thérapeutique destinée à désactiver les nœuds émotionnels dépressifs et à activer les nœuds correspondant à des sentiments de joie ou de plaisir en activant des associations d'idées orientées vers des situations positives. Cette intervention, dont les résultats préliminaires sont positifs, suggère qu'il est possible de travailler sur le lien émotion-cognition, en intervenant d'abord sur l'émotion, pour ensuite inactiver les schémas dépressogènes.

### *Changement cognitif et traitement antidépresseur*

Murphy et coll. (1984) dans une étude randomisée, en double aveugle comparant antidépresseurs tricycliques, thérapie cognitive seule, thérapie cognitive et placebo, thérapie cognitive et tricycliques dans la dépression, ont apporté des précisions intéressantes à ce sujet. Ils ont montré que sur 95 sujets inclus, 8 refusèrent le traitement tiré au sort avant qu'il ne démarre, et 17 abandonnèrent le traitement en cours après quelques semaines. Bien que la proportion de refus des tricycliques fût plus élevée, il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les quatre groupes, qui de ce fait restaient comparables. L'étude ne montra pas de différence de résultats entre les quatre groupes, à la fin de la période thérapeutique. Cependant, à un an de post-cure, les trois groupes qui avaient reçu la thérapie cognitive (avec ou sans tricycliques) avaient un taux moindre et statistiquement significatif de rechutes dépressives que le groupe ayant reçu seulement les tricycliques (Simons et coll., 1986). Il n'y avait pas de différence dans l'importance des changements cognitifs mesurés par l'échelle d'attitudes dysfonctionnelles, que le patient soit sous chimiothérapie ou sous thérapie cognitive. Le changement cognitif semblait donc refléter globalement l'amélioration de la dépression quel que soit l'agent thérapeutique. On pourrait aussi interpréter ces résultats comme la démonstration que le changement d'un processus cognitif central est nécessaire à l'efficacité des traitements chimiques et psychologiques.

En outre, les patients qui avaient des scores élevés sur une échelle d'autocontrôle eurent de meilleurs résultats avec la thérapie cognitive, tandis que les sujets ayant un bas niveau d'autocontrôle avait de meilleurs résultats avec la chimiothérapie (Simons et coll., 1985). Simons souligne qu'un niveau élevé d'autocontrôle correspond au fait que le sujet croit à ses possibilités d'influencer lui-même son propre comportement et de modifier ses pensées. Il est donc déjà acquis aux principes de la thérapie cognitivo-comportementale, qui met l'accent sur la modification des pensées, et du comportement dépressif. Inversement quelqu'un de plus passif, et croyant moins à ses possibilités de modifier son propre comportement, attendra tout d'une intervention extérieure médicamenteuse.

Ces études suggèrent, ainsi que celles de Glass et coll. (1981) et de Silverman et coll. (1984), que le changement cognitif ne serait pas spécifique de la thérapie cognitive mais représenterait la résultante aussi bien des interventions chimiques que cognitives, dont il refléterait l'efficacité.

## Reformulation du modèle « traitement de l'information »

Au début des travaux sur les thérapies cognitives de la dépression, il était soutenu par un Beck intégriste (1967) que la distorsion cognitive était l'élément causal dont dérivait l'ensemble des symptômes dépressifs. Beck (1984a), plus œcuménique, considère que la perturbation cognitive n'est pas la cause en soi de la dépression, mais représente un des multiples niveaux du syndrome dépressif.

Selon Beck (1984), la perturbation cognitive est un mécanisme dysfonctionnel qui peut interagir avec une vulnérabilité biologique innée, avec l'histoire individuelle et avec des stimuli actuels susceptibles de déclencher un état dépressif.

Ce point de vue peut être rapproché du modèle multifactoriel de la dépression proposé par Akiskal (1985). Avec cette différence que Beck postule une voie finale commune d'action des différentes interventions thérapeutiques : la modification du système de traitement de l'information. Le phénomène pathologique central serait « un blocage cognitif » qui entraînerait l'anhédonie. Celle-ci correspond à une élévation du seuil de la perception des expériences déplaisantes, et également à l'incapacité d'assigner un sens positif aux événements.

Du fait les interactions étroites entre les différents niveaux, on peut entrer dans le système dépressif à un niveau ou à un autre pour modifier l'ensemble du syndrome dépressif. Il existerait un continuum qui va de la biologie à la cognition consciente. Chaque méthode thérapeutique, biologique ou psychologique efficace peut lever le blocage cognitif en agissant à un niveau qui lui est propre. Elle peut alors abaisser le seuil de perception du plaisir, modifier l'attention sélective vis-à-vis des événements négatifs et les processus d'attribution d'un sens péjoratif aux événements plaisants.

## Conclusion

La recherche sur le modèle cognitif de la dépression a un agenda chargé (Beck, 2008). Elle doit intégrer au moins six niveaux de causalité et leurs interactions. Je vais donc procéder à un examen critique des problèmes à résoudre à partir des données de la recherche.

### 1. Niveau génétique

La dérégulation du métabolisme de la sérotonine retrouvé dans la prédisposition à la dépression (*cf.* p. 4-5) et ses relations avec les cognitions négatives sont-elles entièrement validées?

### 2. Niveau du développement

Les distorsions du développement psychologique et affectif, du fait d'influences parentales négatives, en lien avec des biais cognitifs négatifs, apparaissent maintenant bien établies (*cf.* le présent chapitre). La résilience des enfants soumis à des abus ou des négligences peut s'expliquer par la variabilité génétique (*cf.* point 1 ci-dessus).

### 3. Niveau de la personnalité

Il existe un style cognitif négatif stable qui précède la dépression : s'agit-il d'un trouble de la personnalité *stricto sensu* ou d'un trait psychologique distribué dans la population générale?

### 4. Niveau de la clinique cognitive de l'accès dépressif

Celui de la pensée automatique négative et des biais cognitifs lors de l'accès dépressif : c'est le phénomène le mieux établi et le plus étudié.

### 5. Niveau de la neuro-anatomie fonctionnelle

Une étude avec l'IRM fonctionnelle a étudié la valeur prédictive d'une tâche de traitement d'informations verbales négative (Siegle et coll., 2006). Elle a retrouvé une *hyperactivité* initiale de la région amygdalienne et une *hypoactivité* du cortex frontal cingulaire, chez des patients déprimés qui étaient répondeurs à la thérapie cognitive, mais ne se manifestait pas chez des non-répondeurs à ces deux traitements ou des sujets contrôles. Peut-on élaborer une théorie qui ferait le lien entre l'hyperfonctionnement de l'amygdale, les émotions et les pensées automatiques négatives? Cet hyperfonctionnement serait-il couplé à une perte de contrôle frontal « logique »? Cette *théorie du double processus* est très séduisante et elle a la faveur de Beck (2008). Mais elle est difficile à concilier avec les résultats d'une autre étude, celle de Kennedy et coll. (2007) qui retrouvent, chez des patients déprimés et qui répondent aussi bien à la Venlafaxine qu'à la thérapie cognitive, une *diminution* de l'activité des aires orbito-frontales après traitement. Il faut souligner que, comme dans toutes les études de neuro-anatomie fonctionnelle, les résultats sont obtenus sur de petits échantillons, ce qui limite leur pertinence pour justifier un modèle général. Il faudra donc faire des études sur des échantillons plus importants et des méta-analyses.

### 6. Niveau du stress et des cognitions protectrices

Les réactions excessives au stress conduisent à la dépression du fait de cognitions négatives qui empêchent la gestion positive des événements de vie. Le développement de la psychologie positive (Cottraux, 2007) représente une tentative novatrice pour étudier et développer l'optimisme devant les difficultés inévitables de la vie. Des travaux élaborés sur cette dimension psychologique sont en cours.

Comme le montre cette discussion, les perspectives sont ouvertes.

# psychophysiologie de la dépression

L. COLLET

Parmi les comportements émotionnels, le comportement dépressif a été peu étudié par les psychophysiologistes. Nous présenterons ici des travaux portant sur l'induction de l'humeur dépressive ainsi que les indicateurs physiologiques de la dépression et de la tristesse.

## Induction expérimentale de l'humeur dépressive

Pour pouvoir étudier la psychophysiologie de la dépression, il est utile de pouvoir «explorer» des patients dépressifs mais aussi des sujets témoins qui sont mis en situation expérimentale de dépression.

L'induction expérimentale d'une humeur dépressive chez l'humain pose un problème éthique et un problème méthodologique. L'aspect éthique repose évidemment sur la dangerosité en soi d'induire un effet dépressif, en raison des conséquences de la dépression. Les difficultés méthodologiques proviennent de ce qu'il n'existe pas de bonnes méthodes ainsi que l'atteste la multiplicité des procédures.

### *Procédure d'induction de Velten*

La procédure la plus connue est celle de Velten qui consiste à demander au sujet de lire et d'essayer de «ressentir l'humeur» suggérée par 60 appréciations négatives (telle «je suis découragé et mécontent de moi-même») ou positives ou par 60 phrases neutres. Il existe dans cette procédure deux catégories d'appréciations dépressogènes : les appréciations liées à un état d'autodévaluation et celles reposant sur des caractéristiques somatiques de dépression. D. Clark (1983), dans son évaluation de la méthode de Velten, rapporte les différents effets de cette procédure :

– l'induction de l'humeur dépressive : 19 études contrôlées sur 22 ont montré une différence significative de l'auto-évaluation de l'humeur des

sujets lors des inductions «dépressogènes» par rapport aux inductions neutres ;

- le ralentissement psychomoteur accompagne cette induction. Il est mesuré par la vitesse d'écriture (établie par le temps nécessaire pour écrire tous les nombres décroissants à partir de 100), par le temps nécessaire pour compter de 1 à 10, ou encore par la vitesse d'association de mots après un mot stimulus, etc. ;

- la perte de plaisir : le plaisir, coté de 0 à 5 par les sujets, avant et après la procédure d'induction de la dépression sur l'échelle des éléments agréables de Mac Phillamy et Lewinsohn, diminue lors des inductions dépressives mais ne diffère pas lors des inductions neutres.

Si cette méthode permet d'étudier, en condition de laboratoire, un état dépressif, elle est très criticable par sa faible répliation dans la population. En effet, 30 à 50 % des sujets ne répondent pas à cette procédure. Cela explique qu'il est essentiel d'avoir un nombre de sujets suffisamment grand pour obtenir un nombre raisonnable de sujets qui modifient leur humeur.

Toutefois, cette méthode consistant à faire lire des phrases chargées émotionnellement a été également utilisée pour induire des états d'anxiété (Orton et coll., 1983) avec des modifications psychophysiologiques plus importantes que dans l'induction des états dépressifs. On doit se demander si l'induction dépressive n'est pas plus difficile à obtenir que l'induction anxieuse par cette procédure.

### *Procédure d'induction musicale*

Sutherland, Newman et Rachman (Clark, 1983) ont proposé à des sujets de choisir parmi différents morceaux de musique, celui qui leur paraissait le plus efficace pour induire un certain état thymique. Cette procédure permet d'obtenir une humeur dépressive et un ralentissement psychomoteur. Son vérifiable intérêt est son efficacité plus grande que la méthode de Velten : selon les études, 87 à 100 % des sujets présentent ensuite une humeur dépressive. Les effets sont toutefois de courte durée comme pour la méthode de Velten et nécessitent la répétition de la procédure pour l'expérimentateur.

### *Autres méthodes*

Goodwin et Williams (1982) ont recensé d'autres méthodes pour avoir un analogue expérimental de dépression clinique :

- demander aux sujets de se souvenir d'événements passés désagréables. Cette remémoration doit être intense et il est suggéré aux sujets l'utilisation d'une imagerie pour revivre cette expérience désagréable ;

- écouter une histoire «dépressogène» : il s'agit d'une cassette de magnétophone dont le texte implique le sujet durant dix minutes et lui demande d'imaginer qu'un proche est malade et qu'une pathologie incurable lui a été diagnostiquée ;

– échec sur une tâche : ce sont des manipulations expérimentales conduisant à un échec.

Toutes ces procédures sont caractérisées par l'absence d'une loi générale pour induire un état dépressif chez l'humain. Les dépressions expérimentales sont toutes statistiques, ce qui montre la complexité du processus dépressif et l'idiosyncrasie probable. Néanmoins ces différentes procédures sont utilisées pour rechercher des indicateurs biologiques de la tristesse.

## Indicateurs physiologiques de la tristesse

### *Électromyographie faciale*

Depuis les travaux de Darwin (1865), l'expression émotionnelle a été étudiée chez l'humain et les animaux. Schwartz (1975) a demandé à des sujets d'imaginer des situations gaies, tristes et les mettant en colère. Chaque période d'imagerie durait environ trois minutes durant lesquelles des électrodes de surface enregistraient l'activité électromyographique (EMG) de quatre groupes musculaires : frontalis, corrugator, masséter et dépressor. Les différentes imageries étaient associées avec différents patterns de l'activité musculaire faciale. Ces modifications de l'activité musculaire sont très faibles et ne sont pas habituellement constatables à l'observation directe de l'expression faciale du sujet.

La gaieté est associée à une activité électromyographique qui décroît au niveau du corrugator et une légère augmentation de l'EMG du dépressor. La tristesse est associée à une augmentation de l'EMG du corrugator et la colère a une augmentation de l'EMG des quatre muscles, dont plus particulièrement du dépressor. Différentes imageries émotionnelles peuvent donc être corrélées à différentes expressions du facial et différents enregistrements électromyographiques. Inversement, l'EMG facial peut permettre de « reconnaître » un état émotionnel (Fridlund et coll., 1984). Ces différents travaux ont également été appliqués à la dépression, Schwartz (1976) a comparé les différences d'EMG faciale entre douze sujets dépressifs et douze non-dépressifs en situation d'imagerie mentale. Après cinq minutes de repos, les sujets devaient imaginer une situation gaie, triste et de colère. Les différences entre les groupes portent surtout :

- sur la situation gaie pendant laquelle les non dépressifs diminuent plus l'EMG du corrugator que les dépressifs ;
- en situation triste où les dépressifs augmentent plus leur activité EMG frontale.

Collet, Cottraux et Juenet (1986) ont montré chez des patients céphalalgiques (céphalées de tension) l'existence d'un lien significatif entre un EMG frontal haut et un score élevé de dépression. L'activité électromyographique a également été utilisée pour évaluer l'amélioration de la dépression. C'est ainsi que Schwartz et coll. (1978) ont étudié dans une population de dépressifs l'activité EMG du corrugator droit en situation de repos avant traitement aux

tricycliques et lors du suivi à deux semaines : ils montrent que les patients qui ont une diminution significative de l'activité EMG du corrugator ont également une amélioration clinique mesurable à l'échelle de Hamilton. Les patients qui montrent une bonne amélioration clinique après deux semaines avaient une activité du corrugator avant le traitement supérieure à ceux qui ont eu une plus petite amélioration clinique. Cela suggère que l'activité du corrugator pourrait également avoir une valeur prédictive du traitement. Cependant, ces résultats n'ont pas été retrouvés par Carney et coll. (1980) qui n'ont pas établi de relation entre la variation d'activité EMG du corrugator et l'amélioration clinique. Cependant ces derniers ont montré l'existence d'une corrélation entre l'EMG du corrugator avant traitement et l'amélioration clinique ainsi qu'une corrélation entre l'EMG du zygomatique et l'amélioration, mais la corrélation était moins forte.

### *Conductance électrique cutanée*

En réponse à des sons, Lader et coll. (1969) ont montré que la conductance électrique cutanée était réduite chez des dépressifs ralentis et accrue chez des dépressifs agités. Pour Greenfield (1963), la conductance électrique cutanée était réduite chez des patients très dépressifs. D'autres travaux ont porté sur la conductance électrique cutanée sous administration de thiopental sodique et Perez Reyex (Shagass 1981) a ainsi constaté l'existence d'un seuil d'inhibition de la conductance électrique cutanée plus haut dans les dépressions névrotiques et plus bas dans les dépressions psychotiques par rapport à un groupe contrôle. Actuellement peu de travaux récents portent sur l'intérêt de la conductance électrique cutanée qui nécessite des contrôles méthodologiques précis notamment appliqués aux patients dépressifs.

### *Réponses cardio-vasculaires*

Différents paramètres de réponses cardio-vasculaires (TA systolique, TA diastolique et fréquence cardiaque) sont montrés modifiés selon le caractère émotionnel de l'imagerie mentale (Schwartz et coll., 1980). La colère accroît plus que la peur les réponses cardio-vasculaires et est distinctement opposée à la situation de relaxation. La tristesse est le seul cas où la tension artérielle systolique et la fréquence cardiaque sont aussi hauts en situation d'imagerie mentale, que le sujet soit au repos ou en exercice.

### *Effets expérimentaux d'une technique de thérapie cognitive de la dépression*

Blackburn et Bonham (1980) ont étudié les effets de techniques cognitives sur l'humeur de patients dépressifs et sur des paramètres psychophysiologiques. Les techniques utilisées consistaient à demander aux patients soit d'avoir des pensées agréables, soit de prendre de la distance par rapport à des pensées désagréables, soit enfin de s'impliquer dans des pensées désagréables. Plusieurs patients ont montré l'activité EMG du corrugator la plus basse pour

la situation où il fallait penser à des événements agréables ; la prise de distance d'événements désagréables a été associée à une activité EMG du corrugator plus basse que la situation où on les impliquait dans des pensées désagréables. De même, pour plusieurs patients, la fréquence cardiaque a été plus modifiée lorsqu'ils devaient s'impliquer dans une situation désagréable que lorsqu'ils devaient prendre de la distance par rapport à des pensées désagréables. Les variables psychophysiologiques étudiées sont donc corrélées avec l'humeur et permettent d'apprécier l'efficacité de techniques cognitives.

## Existe-t-il une latéralisation hémisphérique de ces expressions émotionnelles ?

Plusieurs études neuropsychologiques et physiologiques suggèrent que l'hémisphère gauche serait particulièrement impliqué dans l'expression des émotions gaies chez le sujet droitier et l'hémisphère droit dans celle des émotions tristes. Cette question reste cependant controversée.

En neuropsychologie, les cas de rire pathologique sont plus fréquemment associés avec des lésions de l'hémisphère droit alors que le pleur pathologique est plus fréquemment associé à des lésions de l'hémisphère gauche. De même, l'hémisphérectomie droite est associée à une humeur euphorique. Les injections unilatérales d'amobarbital de sodium ont montré que quand l'hémisphère droit est sous barbituriques, la plupart des sujets montre une réaction euphorique alors que lorsqu'il s'agit de l'hémisphère gauche qui est sous barbituriques, la plupart montrent une réaction de tristesse. Cependant cette réaction émotionnelle peut selon Hirschmann et Safer (1982) s'expliquer en termes d'aphasie souvent associée avec des lésions de l'hémisphère gauche : il pourrait s'agir d'une manifestation d'une perte de capacité pour la communication verbale. Donc, d'un point de vue strictement neuropsychologique, la simple observation des déficits hémisphériques est insuffisante pour affirmer qu'un hémisphère est plus spécifiquement le site d'une émotion particulière.

L'approche psychophysiologique consiste à mesurer certains paramètres dans des conditions émotionnelles induites. La littérature repose sur trois mesures : l'activité électromyographique faciale (EMG), l'activité électro-oculographique et l'activité électro-encéphalographique (EEG).

L'EMG du zygomaticque augmente pendant les imageries gaies et diminue pendant les imageries tristes alors que l'activité de l'EMG du corrugator est inverse. Schwartz et coll. (1979) ont utilisé ces mesures électromyographiques pour étudier la présence d'une asymétrie faciale en réponse à des émotions induites. Ils ont montré l'existence de réponses zygomatiques latéralisées : une plus grande activité EMG droite a été obtenue en réponse à des évocations émotionnelles gaies, et une plus grande activité gauche en réponse à des évocations tristes. Ces résultats doivent être interprétés en termes de prédominance de l'activité hémisphérique droite pour la tristesse et l'activité hémisphérique gauche pour la gaieté. Cependant, une telle interprétation est

discutable car la même étude n'a pu montrer de latéralisation des réponses du corrugator.

L'électro-oculographie étudié a été le premier mouvement latéral oculaire après l'imagerie émotionnelle : selon Ahern et Schwartz (1979) les émotions gaies donnent des mouvements oculaires latéraux droits alors que les émotions tristes auraient tendance à donner des mouvements oculaires latéraux gauches. Cependant Hatta (1984) n'ayant pu répliquer ces résultats, on ne peut pas affirmer l'existence d'une asymétrie hémisphérique émotionnelle.

Il y a eu peu d'études d'EEG concernant la latéralisation cérébrale des émotions. Davidson et coll. (1982) ont montré que les aires frontales sont associées avec une latéralisation relative gauche plus grande durant les états émotionnels positifs que négatifs dans la bande alpha; Davidson et Pox (1982) ont étendu ces latéralisations émotionnelles cérébrales aux enfants en bas âge. Ces études EEG n'ont pas été répliquées par Collet et Duclaux (1987). Il semble donc nécessaire de rester prudent avant d'affirmer l'existence d'arguments électro-encéphalographiques en faveur d'une latéralisation émotionnelle chez l'humain.

Comme nous avons déjà expliqué que les arguments neuropsychologiques, électromyographiques et électro-oculographiques sont également sujets à question, on peut dire qu'il n'existe pas de faits physiologiques qui affirment l'existence d'une asymétrie dans l'expression émotionnelle.

## Conclusion

Qu'il s'agisse des indicateurs biologiques de la tristesse ou encore de la recherche de latéralisation hémisphérique des émotions, peu d'études ont fait l'objet de réplifications dont les résultats allaient dans le même sens que l'étude précédente. Le fait essentiel à noter est cependant l'intérêt de l'activité électromyographique faciale qui est une mesure objective de l'expression émotionnelle. Il ne s'agit cependant que d'une approche périphérique d'un phénomène complexe qui ne pourra pas être appréhendé uniquement par les techniques d'électrophysiologie traditionnelle.

Le lecteur trouvera au chapitre 8 de cet ouvrage les données concernant les études de neuro-imagerie qui ont permis d'étudier la dépression mais aussi son traitement par la thérapie cognitive.

# psychothérapie cognitive : description

I.M. BLACKBURN

## Introduction

La méthode thérapeutique que nous allons décrire a été élaborée par Beck et coll. (1979) et exposée dans un manuel que toute personne qui aspire à utiliser la thérapie cognitive devrait étudier. Il existe aussi deux livres plus « populaires » en anglais qui s'avéreront sans doute utiles non seulement pour les patients, mais aussi pour les thérapeutes (Burns, 1980; Blackburn, 1987). Dans ce chapitre, nous donnons une description des principales méthodes utilisées en thérapie cognitive qui seront, par la suite, illustrées par des cas cliniques. Il faudrait cependant souligner, dès maintenant, que la thérapie cognitive n'est pas un recueil de méthodes qu'on applique automatiquement à chaque patient. Chaque cas individuel doit être au préalable analysé minutieusement pour faciliter une conceptualisation propre à chaque individu qui mène logiquement à des techniques thérapeutiques appropriées. De plus, la thérapie cognitive comprend un style thérapeutique spécifique, à caractère inductif, collaboratif, et qui évite les mises en question brutales.

## Formation

Pour traiter la dépression par la thérapie cognitive, il faut tout d'abord que le thérapeute ait une connaissance approfondie de la dépression. Il doit être au fait des différentes formes des syndromes dépressifs, des différents sous-groupes nosologiques de la dépression, du cours de la maladie et des complications possibles.

Il devrait avoir d'ores et déjà une bonne expérience de l'entretien clinique, et surtout pouvoir reconnaître les risques suicidaires. Le manque d'expérience

pourrait amener le thérapeute à se focaliser sur un seul aspect de la dépression, et à en ignorer d'autres plus importants ou plus dangereux.

Outre une compétence générale, le thérapeute cognitiviste doit avant tout être un *bon* thérapeute. Il doit être chaleureux, empathique, engagé, authentique et capable d'établir un rapport sympathique avec son patient. Sans ces qualités, même avec la plus grande compétence dans l'application des techniques cognitives, le thérapeute qui se veut cognitiviste serait toujours handicapé.

Il est nécessaire, bien entendu, d'avoir une connaissance du modèle cognitif de la dépression et de comprendre les conceptions théoriques qui inspirent la thérapie.

Finalement un entraînement spécialisé est essentiel, en séminaires pratiques, en suivant des cas sous contrôle et si possible en suivant un stage de plusieurs semaines dans un centre spécialisé, dont celui de thérapie cognitive à Philadelphie est le plus recommandé.

D'après notre expérience, un thérapeute ayant déjà une expérience en méthodes psychanalytiques ou comportementales aurait besoin d'au moins trois mois d'études contrôlées intensives pour atteindre un niveau de compétence adéquat. D'après Beck et coll. (1979), seulement 25 % de leurs étudiants, dont des psychiatres ou des psychologues, avaient atteint un niveau minime de compétence en suivant deux ou trois patients dépressifs pendant ces trois mois.

Il faut remarquer que, comme pour toute thérapie, certains individus sont plus doués que d'autres pour la thérapie cognitive. Il est difficile de définir exactement les qualités que possèdent ces individus, mais à part des qualités spécifiques et non spécifiques déjà mentionnées ci-dessus, ils sont surtout capables d'écouter attentivement, ils sont inventifs, ils ont un sens de l'humour, ils évitent d'être «réductionnistes» ou excessivement didactiques ou interprétatifs et ils ne s'arrêtent pas d'une manière servile à quelques techniques cognitives déjà bien documentées.

## Caractéristiques générales de la thérapie cognitive

La thérapie cognitive est une psychothérapie structurée qui vise à améliorer les symptômes de la dépression et à aider le patient à apprendre des méthodes plus efficaces pour faire face aux difficultés qui contribuent à sa dépression.

La thérapie cognitive est donc centrée sur les problèmes psychologiques ou internes et situationnels ou externes qui contribuent à la détresse du patient. Comme la théorie cognitive propose que les problèmes psychologiques sont liés à des erreurs ou à des biais dans la façon de penser, le terme «thérapie cognitive» est appliqué aux évaluations défectueuses des problèmes, aux raisonnements fondés sur de fausses prémisses et aux conclusions erronées et infructueuses. En aidant le patient à appliquer la raison et la logique d'une manière empirique à ses problèmes, le thérapeute cognitiviste lui offre les instruments nécessaires pour résoudre ses problèmes ou pour les confronter avec plus d'efficacité.

– C'est une thérapie à court terme, de 15-22 séances, sur une période de trois à quatre mois.

– Chaque séance dure une heure et elle est très structurée pour faciliter un emploi du temps à la fois efficace et économique.

– Le style est collaboratif, thérapeute et patient travaillant ensemble à définir et à résoudre les problèmes. L'analogie est celle de deux « savants » travaillant en collaboration.

– Le thérapeute prend un rôle actif et directif pendant tous les stades de la thérapie. Il est parfois didactique mais son rôle est typiquement de faciliter la définition et la résolution des problèmes par des questions inductives.

– La méthodologie est expérimentale dans le sens où il y a un recueil de données (les problèmes, les pensées et les attitudes dysfonctionnelles), des hypothèses de travail formulées par le patient et le thérapeute, des tests pour vérifier différentes méthodes de modification et des résultats.

– La thérapie est centrée sur l'ici et maintenant, en ce sens que le travail se fait sur les problèmes actuels. Le passé peut évidemment être considéré pour mieux comprendre l'évolution d'une attitude ou pour illustrer la façon habituelle du patient à confronter certaines situations, mais la thérapie est centrée sur le comportement présent.

– Le thérapeute n'utilise pas les conceptions hypothétiques de la psychanalyse pour expliquer le comportement du patient. Ainsi, au lieu de régression ou de fixation, les comportements dysfonctionnels sont attribués à l'apprentissage, à des perceptions et à des interprétations erronées et le travail cognitif a pour but un réapprentissage.

– La principale méthode thérapeutique, dite socratique, est de poser une série de questions aptes à amener le patient à modifier ses opinions ou à percevoir d'autres alternatives.

Il y a évidemment beaucoup de similitudes entre la thérapie cognitive et la thérapie comportementale (Cottraux, 1979). Ces deux formes de thérapies diffèrent surtout sur le plan théorique, par l'importance attachée aux cognitions, par leurs stratégies de modification, et les processus qui sont théoriquement supposés sous-tendre les changements thérapeutiques. La thérapie cognitive utilise non seulement des techniques cognitives, mais aussi des techniques comportementales, dans le but cependant de changer les cognitions.

## Buts de la thérapie cognitive

Le thérapeute cognitiviste est guidé par six buts dans ses attitudes psychothérapeutiques :

– le patient doit prendre conscience de ses pensées automatiques négatives ;

– il doit reconnaître le rapport entre ses pensées, ses émotions et son comportement ;

- il doit apprendre à questionner ses pensées automatiques et à examiner leur validité ;
- il doit alors substituer des interprétations plus réalistes à ses pensées automatiques qui sont excessivement négatives ;
- vers la fin de la thérapie, il doit identifier et modifier les schémas dysfonctionnels ;
- le thérapeute se sert toujours de tâches assignées qui ont trait aux problèmes en cours.

## La structure de la thérapie cognitive

Il est nécessaire d'adhérer à un plan à chaque séance de thérapie dans l'intérêt du patient et pour le progrès systématique et rapide de la thérapie. Le plan des séances est représenté dans le tableau suivant.

TABLEAU 5.1. — *Plan des séances.*

- 1) Préparer un agenda.
- 2) Revue des tâches assignées.
- 3) Choix d'un problème cible.
- 4) Résolution du problème cible.
- 5) Déterminer les épreuves de réalité qui en découlent.
- 6) Assignation de tâches.
- 7) *Feed-back* réciproque.

### *Première entrevue*

Après une entrevue diagnostique pour déterminer tous les signes et symptômes présentés par le patient et pour arriver à une classification nosologique, le thérapeute doit évaluer la sévérité de la dépression, de préférence en se servant d'échelles validées d'hétéro-évaluation (échelle d'Hamilton, 1960) et d'auto-évaluation (Beck et coll. 1961) pour établir une ligne de base. La thérapie cognitive peut alors commencer, si le thérapeute juge que le patient peut réagir favorablement à ce genre de traitement. Dans le chapitre 8 sont discutés en détail les caractéristiques cliniques qui indiquent qui peut bénéficier de la thérapie cognitive. En bref, la thérapie cognitive convient à tout patient déprimé, non-psychotique (sans délires, ni hallucinations) et non bipolaire.

#### LES BUTS DE LA PREMIÈRE ENTREVUE

Les buts du thérapeute à la première entrevue sont les suivants.

**D'avoir une idée générale** des problèmes du patient, sans être trop focalisé ou trop spécifique.

**De commencer à établir un rapport** avec le patient, en écoutant soigneusement, en présentant périodiquement des résumés des problèmes, en donnant et demandant un *feed-back*, en étant franc et explicite et en démontrant les qualités thérapeutiques — chaleur, empathie, sincérité, congruence et compréhension.

**D'expliquer les bases théoriques** du modèle cognitif pour obtenir une compréhension préliminaire et stimuler l'intérêt du patient.

**D'encourager l'espoir** en définissant les problèmes en termes qui mènent à des solutions, en présentant la validité du modèle cognitif, en commençant par un problème spécifique qui mène à une expérience immédiate de succès, en étant actif et méthodique durant toute la séance.

**De donner une expérience immédiate** de la structure et du style de la thérapie, c'est-à-dire la préparation d'un programme pour la séance, la concentration sur les problèmes, le rapport collaboratif et l'assignation de tâches ou devoirs à faire à la maison.

#### PLAN DE LA PREMIÈRE ENTREVUE

Pour arriver à ces buts, le thérapeute structure sa première séance de thérapie cognitive, qui dure une heure comme toutes les autres séances, en suivant autant que possible le plan suivant.

##### • L'ordre du jour : l'agenda

Le thérapeute établit un agenda explicite au commencement de chaque séance en collaboration avec son patient. Pour la première entrevue, il propose d'envisager de façon générale les problèmes qui affectent le patient, d'expliquer le modèle de la thérapie cognitive et le plan pour le progrès de la thérapie, et de commencer à travailler sur un problème. Il demande au patient s'il veut lui-même ajouter quelque autre item au programme.

##### • Exploration

À la suite de l'entrevue diagnostique, le thérapeute fait un résumé des principaux symptômes pour déterminer les aspects fonctionnels qui sont affectés — par exemple : comportemental, motivationnel, affectif, cognitif ou physique. Il est nécessaire surtout d'évaluer le désespoir et la possibilité de suicide. Est-ce que le patient a des pensées suicidaires? A-t-il fait des tentatives de suicide? S'il a des plans de suicide, est-ce que ces plans sont vagues ou définis? Les patients déprimés sont souvent honteux de leurs idées suicidaires et ils sont embarrassés d'en parler. Il faut donc poursuivre ces questions directement, mais avec beaucoup de tact et de sympathie, pour aider le patient à exprimer ses pensées ou ses intentions suicidaires et ainsi lui donner un sentiment de soulagement. Si des possibilités de suicide existent, ce sera naturellement la première cible pour la thérapie. Parfois, si les intentions suicidaires sont bien établies, il est nécessaire d'admettre le patient à l'hôpital pour quelques temps, mais la thérapie cognitive offre des méthodes spécifiques pour aider le patient suicidaire, comme on le verra dans le chapitre suivant.

Le thérapeute explore aussi les aspects de la vie qui sont le plus affectés, côté social, professionnel, domestique, financier ou autre. Pendant cette exploration, il prend note des exemples, représentant les trois éléments de la triade négative, des événements précipitants et de la durée de l'état dépressif.

Comme c'est la première entrevue et que le temps est limité, il faut éviter les détails. Cela nécessite parfois que le thérapeute interrompe le patient d'une manière décisive, mais gentiment, par exemple en disant : « Je comprends que les difficultés que vous avez avec votre mari et avec les enfants représentent un problème important et il nous faudra y revenir plus tard pour en parler plus longuement. Je voudrais savoir maintenant si vous avez aussi d'autres problèmes ou d'autres difficultés, peut-être dans d'autres aspects de votre vie? ».

### RÉDUCTION DES PROBLÈMES

Par définition, le patient déprimé aura tendance à voir ses problèmes amalgamés en un grand problème sans issue.

Le thérapeute analyse les communications du patient en termes de problèmes spécifiques et maîtrisables qui peuvent être définis clairement comme cibles pour la thérapie. Cette approche aide le patient lui-même à redéfinir sa façon de voir les choses et encourage l'espoir en suggérant qu'il y a peut-être moyen de résoudre les problèmes.

Plusieurs fois pendant la séance, le thérapeute fait un résumé de ce qui a été dit, démontrant ainsi son attention et sa compréhension, et il demande au patient s'il a bien compris ou s'il voudrait ajouter quelque chose. Il existe donc un *feed-back* réciproque entre thérapeute et patient qui encourage la collaboration.

### EXPLICATION DE LA THÉRAPIE COGNITIVE

Pour assurer le progrès thérapeutique, il est avantageux pour le patient de comprendre le modèle cognitif pour qu'il puisse travailler avec le thérapeute dans la même perspective. Le thérapeute explique donc le modèle cognitif de manière didactique, mais aussi en se servant de métaphores et d'exemples provenant des communications du patient.

Le point épistémologique que l'on veut communiquer est que les pensées sont des interprétations de la réalité, mais pas la réalité même. S'il pense qu'il est un incapable ou que quelqu'un le méprise, cela ne veut pas dire qu'il est vraiment incapable ou que cette personne le méprise vraiment. Chaque situation peut être perçue ou interprétée de diverses façons plus ou moins justes qui peuvent d'ailleurs être vérifiées. De plus, les différentes interprétations mènent à des émotions et des comportements correspondants. Un exemple, pour communiquer clairement comment la même situation peut être interprétée de différentes manières et comment les différentes interprétations sont liées à des émotions différentes, pourrait être : « Imaginez que vous êtes seul à la maison le soir et vous entendez un bruit dans la chambre d'à côté. Vous

pouvez vous dire qu'un cambrioleur est entré par la fenêtre ouverte. Ceci dit, vous seriez sans doute alarmé (émotion) et vous voudriez peut être appeler la police ou vous cacher (comportement). Si en revanche, vous pensez que ce même bruit est dû au vent qui a renversé quelque objet, comme la fenêtre était ouverte, vous êtes peut-être agacé (émotion) et vous pouvez décider de vous lever pour fermer la fenêtre ou de tout ignorer parce que vous êtes à l'aise là où vous êtes (comportement). Vous n'appelleriez certes pas la police et vous ne penseriez pas à vous cacher».

Pour communiquer le même point avec plus d'impact, il est aussi utile de se servir d'exemples propres au patient lui-même, comme l'illustre l'extrait suivant.

Thérapeute : *Comment vous sentiez-vous pendant que vous m'attendiez dans le bureau?*

Patient : *J'étais désespérée.*

T. : *Vous étiez triste?*

P. : *Terriblement.*

T. : *Vous aviez envie de pleurer?*

P. : *Oui je n'ai pas pu m'arrêter de pleurer (recommence à pleurer).*

T. : *À quoi pensiez-vous?*

P. : *À rien en particulier.*

T. : *Vous pleurez aussi maintenant, qu'est-ce qui vous vient à l'esprit en ce moment même?*

P. : *Je pense que vous ne pourrez pas m'aider (gros sanglots).*

T. : *Qu'est-ce qui vous fait dire ça?*

P. : *Personne ne peut rien faire pour moi. Je suis un cas perdu.*

T. : *Je vois que vous avez fait deux prédictions : d'abord que je ne pourrai pas vous aider et de plus que personne d'autre ne pourrait vous aider. C'est bien ça, j'ai bien compris?*

P. : *Oui.*

T. : *Vous croyez que ces prédictions sont exactes?*

P. : *Oui, je le sais. Personne ne peut plus rien pour moi.*

T. : *Et ce sont ces prédictions qui vous désespèrent?*

P. : *Euh... Euh...*

T. : *Et si pourtant vous aviez prédit autrement? Si vous vous étiez dit : « maintenant que j'ai fait un pas décisif pour chercher de l'aide, peut-être que ce médecin pourra m'aider à guérir ou peut-être qu'il saura à qui m'adresser », vous croyez que vous seriez aussi désespérée?*

P. : *Non. Si je pensais ça vraiment, j'aurais peut-être eu plus d'espoir.*

T. : *Vous seriez moins désespérée. Vous auriez moins envie de pleurer?*

P. : *Peut-être.*

T. : *C'est un bon exemple, ce que vous avez dit là, qui montre comment on peut prendre ses pensées pour des réalités. Comme vos pensées sont très négatives en ce moment, elles enchaînent des sentiments négatifs, dépression, cafard, désespoir. Vous avez prédit un résultat négatif que vous avez cru*

*implicitement, et ça vous a amené naturellement à un sentiment de désespoir. Une autre prédiction plus positive aurait produit d'autres sentiments. Nous allons essayer ensemble de voir qu'elle est la validité de vos deux prédictions en considérant toutes les probabilités. C'est possible que vos prédictions ne soient pas les plus réalistes.*

Le thérapeute explique aussi que la thérapie cognitive a pour but non seulement l'amélioration des symptômes, mais aussi la prévention des dépressions futures, et qu'elle s'est avérée très efficace pour beaucoup de patients déprimés et dans plusieurs études. Il doit évaluer l'attitude du patient vis-à-vis de la thérapie qu'on lui propose — le patient pourrait être pessimiste s'il a déjà subi plusieurs traitements sans succès; il pourrait être anxieux s'il n'a jamais eu l'expérience de la psychothérapie; il pourrait être excessivement optimiste, s'attendant à une cure miraculeuse. Il faut s'assurer que le patient soit au moins d'accord pour essayer le traitement qu'on lui propose sur une base expérimentale. Le doute est alors accueilli comme une hypothèse que le thérapeute et le patient peuvent vérifier *ensemble*.

Le thérapeute décrit la structure de la thérapie, le nombre de séances en moyenne, la fréquence des séances, pourquoi il y aura toujours des devoirs ou des tâches assignées pour continuer le travail entre les séances et pour mettre au point un sujet discuté pendant une séance, mais surtout pour développer des méthodes personnelles pour faire face aux problèmes dépressifs.

#### CHOIX D'UN PROBLÈME POUR UNE INTERVENTION IMMÉDIATE

Vers la fin de cette première entrevue, le thérapeute et le patient auront rédigé un plan pour le déroulement de la thérapie, consistant en problèmes et symptômes par ordre de priorité. Il est important d'essayer de terminer la séance avec une expérience de succès, si limitée qu'elle soit. Par exemple, si le patient s'est plaint de manque de concentration, on l'encourage à prédire combien de lignes il pourrait lire dans le journal et on le laisse tester sa prédiction en lui présentant un journal. S'il arrive à lire plus, l'expérimentation sert à démontrer le style empirique de la thérapie cognitive et le biais négatif de sa prédiction. Si en revanche, ce qui arrive d'ailleurs rarement, il ne réussit pas à lire quelques lignes comme prédit, on réduit le nombre de lignes ou on essaie quelque chose de plus facile, pour rechercher une petite expérience de succès. De même, on pourrait lui demander de répéter ce qu'il a compris des communications du thérapeute. Ceci servirait non seulement de *feed-back* mais aussi d'évidence qu'il a pu se concentrer assez pour écouter et comprendre.

#### • Tâche assignée

Une action concrète, limitée et spécifique est assignée. Le patient doit comprendre pourquoi la tâche est assignée et également que l'accent est mis sur l'effort mais non sur le succès. S'il anticipe des difficultés, celles-ci sont discutées et le patient peut faire une répétition en imagination pendant la séance même pour se préparer.

Souvent à ce stade, la tâche consiste à lire un opuscule de quelques pages sur la thérapie cognitive *Faire face à la dépression* (Beck et Greenberg, 1974, voir la traduction dans les annexes) et peut-être de prendre note des activités quotidiennes (voir plan des activités dans les annexes).

### • *Feed-back*

Il est essentiel, surtout avec les patients déprimés, d'établir leurs réactions à la séance. Comme le déprimé interprète ses expériences d'une façon négative, ce serait étonnant s'il n'avait pas également des interprétations négatives de son interaction avec le thérapeute. À la fin de la séance, des questions comme : « Est-ce que vous avez bien compris ce que nous avons discuté? Je pourrais éclaircir quelque chose pour vous? Qu'est-ce qui vous a aidé le plus? Ai-je dit quelque chose qui vous a contrarié ou qui vous a froissé? » donnent au patient l'occasion d'exprimer ses réactions et consolident le rapport collaboratif.

## CONCEPTUALISATION DES CAS

À la fin de cette première entrevue, le thérapeute devrait formuler une conceptualisation du cas, dans la perspective de la théorie cognitive, ce qui l'aidera à localiser les aspects à élaborer plus longuement et faire un choix d'interventions thérapeutiques. Cette conceptualisation est bien entendu à développer et à affiner plus tard, mais, à ce stade, elle facilite le progrès si elle est faite soigneusement.

Les questions qui se posent sont : « Pourquoi ce patient est-il déprimé à ce moment-là? Comment se voit-il lui-même, quelles sont ses perceptions de son environnement? Qu'attend-il de son avenir? Y a-t-il des expériences de perte? D'après ses communications, qu'est-ce qu'on peut inférer de ses attitudes qui pourrait indiquer une vulnérabilité dépressogène? ».

La conceptualisation du cas est traitée comme une hypothèse qui attend à être testée et affinée. On trouvera des exemples dans le chapitre qui suit.

## Le commencement de la thérapie

### *Comportements et situations-problèmes*

Les descriptions qui suivent sont des balises pour le cours de la thérapie et non des ordonnances à suivre servilement.

Il est souvent approprié de se centrer au début de la thérapie sur les comportements dépressifs et les problèmes situationnels en se servant de méthodes comportementales et cognitives avant d'aborder les problèmes purement cognitifs. Ces problèmes sont, par exemple, l'inactivité, le manque de concentration, le manque de motivation, la tension physique, l'insomnie, l'indécision ou les problèmes situationnels tels que les difficultés financières ou conjugales. Ces cibles sont choisies en premier parce que ces symptômes sont souvent extrêmement pénibles, présentent un obstacle à la solution d'autres

problèmes et se prêtent à une intervention comportementale qui est peut-être plus facile à maîtriser pour le patient que les méthodes cognitives.

## L'INACTIVITÉ

L'inactivité, la léthargie, la fatigue et le manque d'intérêt dans les activités de tous les jours et dans les loisirs sont plus ou moins universels dans la dépression, surtout dans les cas sévères. Du fait que le patient se sent incapable de poursuivre ses activités habituelles, il se trouve dans un cercle vicieux où il s'étiquette comme « paresseux » ou « inadéquat » ou « égoïste », augmentant ainsi son découragement et son manque de motivation.

Il est préférable de présenter au patient les résultats de quelques expériences comportementales qui invalident ses conclusions sur ses capacités plutôt que d'essayer de l'amener à les changer à travers des discussions. Les tâches comportementales sont donc des expérimentations que le thérapeute utilise non seulement pour changer le comportement, mais surtout pour changer, à travers l'évidence acquise par les comportements, les cognitions et les émotions. Il doit donc, après chaque tâche, démontrer au patient que ses attentes et ses conclusions étaient erronées, qu'il n'avait pas vraiment perdu la capacité de fonctionner, mais que son pessimisme l'empêchait d'utiliser d'une manière constructive son énergie et ses ressources personnelles.

TABLEAU 5.2. — *Techniques comportementales pour accroître le niveau d'activité.*

- 1) Assignation de tâches graduées.
- 2) Répétition mentale.
- 3) Plans d'activités.
- 4) Enregistrement de maîtrise et de plaisir dans les activités.
- 5) Assignation d'activités agréables.

Le tableau présenté ci-dessus donne une liste des interventions qui se sont avérées les plus utiles pour les patients léthargiques, ralentis et anhédoniques. Dans les annexes, on trouvera une forme qui peut servir pour planifier, enregistrer et assigner des tâches — le plan des activités — qui répartit chaque jour de la semaine en heures, avec la possibilité d'évaluer le degré de maîtrise et de plaisir sur une échelle de 0-5.

### • **Assignation de tâches graduées**

Pour un patient très inactif et pessimiste, le thérapeute, en collaboration avec le patient, assigne une ou deux tâches très faciles pour commencer, parce qu'il faut surtout s'assurer d'un succès. Ces tâches devraient être des occupations habituelles pour le patient, par exemple, faire le nettoyage d'une chambre ou une partie d'une chambre, faire une course dans un magasin, lire un article de journal, regarder un programme de télévision, faire un coin de jardin, appeler un ami au téléphone ou écrire une carte postale. *Graduellement*, le nombre de tâches et leur niveau de complexité sont augmentés pour arriver progressivement au répertoire d'activités qui était habituel pour le patient.

### • Répétition mentale

Chaque tâche qui est assignée est discutée avec le patient et choisie de préférence par lui. Par exemple, le thérapeute demande : « Vous me dites qu'il y a des montagnes de choses à faire à la maison et que vous n'arrivez pas à accomplir les tâches les plus simples. À votre avis, qu'est-ce qui est le plus urgent à faire? ». Si le patient répond : « nettoyer la maison » ou « faire le repassage de trois semaines », le thérapeute signale que ces tâches sont trop grandes ou trop difficiles ou trop vagues pour commencer. Il vaut mieux progresser pas à pas. Alors au lieu de viser à nettoyer toute la maison, la patiente pourrait commencer par une chambre. Quelle chambre voudrait-elle nettoyer avant? Qu'est-ce qui est le plus important?

Ayant décidé qu'elle commencerait par le salon, le thérapeute demande :

T. : *Bien. Vous essaieriez de faire le salon demain. Vous envisagez des difficultés?*

P. : *C'est un tel désordre. Je ne saurai par où commencer.*

T. : *Essayons de faire le nettoyage en imagination maintenant et nous verrons où sont les difficultés. Ça vous va?*

P. : *Oui.*

T. : *Alors, imaginez votre salon. Fermez les yeux. Disons qu'il est onze heures. Vous êtes seule à la maison et vous allez nettoyer le salon. Vous avez l'image clairement à l'esprit?*

(La patiente donne un signe d'affirmation.)

T. : *Bien. Vous commencez à mettre de l'ordre. Dites-moi ce que vous êtes en train de faire.*

P. : *Je range les livres et les journaux. Je vide les cendriers.*

T. : *Comment vous sentez-vous? Ça va jusqu'à maintenant?*

P. : *Plutôt. Je commence à paniquer.*

T. : *Qu'est-ce qui vous passe à l'esprit à ce moment même?*

P. : *Je n'y arriverai pas. Il y a tous les jouets des enfants partout.*

T. : *Bien. Arrêtez-vous un moment. Vous avez rangé les journaux et les livres. Vous avez vidé les cendriers. Il reste les jouets. Vous avez une place habituelle pour les ranger?*

P. : *Oui, il y a une boîte dans le placard.*

T. : *Bien. Prenez la boîte et mettez les jouets dedans. Ça va? vous l'avez fait?*

P. : *Oui et maintenant?*

T. : *Qu'est-ce qui reste à faire?*

P. : *Je pourrais passer l'aspirateur et épousseter.*

T. : *Bien. Vous croyez que vous pourrez faire ça? Vous avez assez de force pour continuer?*

P. : *Je pourrais essayer.*

T. : *Bien. Ouvrez les yeux maintenant. Voyons ce que vous avez appris dans cette répétition.*

P. : *Je crois que si je prends chaque aspect du nettoyage séparément, plutôt que d'envisager le tout comme un énorme problème, j'y arriverais peut-être.*

T. : *Oui, exactement. Ainsi, vous pouvez vous arrêter quand vous voulez, et quelque chose sera fait de toute façon, même si ce n'est pas le tout. Il y a autre chose. Vous avez remarqué que dans votre monologue intérieur, quand vous vous êtes dit « je n'y arriverai pas », vous avez commencé à paniquer ?*

*Comme nous en avons déjà discuté, ces pensées automatiques vous empêchent de réaliser vos plans. Au lieu de faire des prédictions, vous pourriez essayer de garder un esprit ouvert ?*

P. : *Comment je peux faire ça quand c'est ce que je pense ?*

T. : *Oui, je comprends. C'est difficile. Pour cette fois, nous allons essayer de faire une expérimentation ensemble, comme deux scientifiques. Au lieu de prédire les résultats avant l'expérimentation, nous allons recueillir les données, les analyser et voir ensuite où sont les difficultés ? Vous me comprenez ?*

P. : *Oui.*

T. : *Eh bien, quand vous reviendrez la semaine prochaine, nous verrons les résultats ensemble. Souvenez-vous que ce qui est important, c'est d'essayer.*

Ainsi la répétition en imagination aide :

- à prévoir les difficultés qui peuvent être rencontrées dans l'accomplissement des tâches ;
- à réduire le niveau d'anxiété ;
- à établir une attitude expérimentale face aux problèmes ;
- à déterminer les pensées automatiques qui entravent l'action.

### • Plans d'activités

Les plans d'activités sont notamment applicables pour les patients inactifs et désorganisés. Le plan des activités présenté dans les annexes sert à programmer les activités et à les enregistrer. Le thérapeute s'assure que le patient comprend les bénéfices de planifier ses activités.

L'accroissement des activités interrompt le cercle vicieux de la dépression :

- en augmentant l'auto-contrôle et la maîtrise ;
- en produisant une distraction des pensées pénibles ;
- en augmentant l'estime de soi ;
- en améliorant l'humeur et paradoxalement le bien-être physique ;
- en augmentant la motivation, puisque le patient est positivement renforcé par son propre succès et l'approbation de ses proches.

Il est important de faire remarquer au patient que son plan d'activités est simplement un guide et qu'il vaut mieux le suivre d'une manière souple.

Si le plan est interrompu par quelque situation extérieure au contrôle du patient, il est préférable de continuer avec le plan tel quel après l'interruption, et de reprogrammer l'activité manquée un autre jour. Les activités doivent être précises et réalistes : par exemple, « désherber le jardin » est trop indéfini, tandis que « désherber le jardin pendant une demi-heure » offre plus de chance de succès.

Le patient peut commencer à prendre note des pensées automatiques qui l'empêchent de devenir plus actif. Le thérapeute demande, par exemple : « quand vous n'avez pas pu préparer le repas comme prévu, qu'est-ce qui vous passait à l'esprit? » Ainsi, à travers les méthodes comportementales, le thérapeute introduit des méthodes cognitives.

Exemples de pensées automatiques que les patients notent et de réponses que le thérapeute encourage à faire par ses questions socratiques :

<i>Pensées négatives</i>	<i>Réponses</i>
Il y a trop à faire. Je n'y arriverai pas.	Si j'écris ce que j'ai à faire, peut-être que ce sera moins accablant. Je n'ai pas à tout faire aujourd'hui. Je peux prendre les choses petit à petit.
C'est trop difficile.	Ça paraît difficile parce que je suis déprimée. Je l'ai déjà fait plusieurs fois auparavant.
J'ai déjà perdu trop de temps. Ça ne vaut plus la peine. Je me sentirai encore plus déprimée. Je n'en tirerai aucun plaisir.	Je ne me sens pas mieux en ne faisant rien. Il vaut mieux commencer et voir comment ça marche.
	Comment puis-je savoir à l'avance? Il vaut mieux essayer et voir.
À quoi ça sert? Je ne me sentirai pas mieux.	Au moins, je n'aurai pas à m'en soucier, je le fais. Je ne peux pas savoir que je ne me sentirai pas mieux. Je doute que je puisse me sentir plus mal.
Je ne pourrai pas le faire aussi bien que d'habitude.	Peut-être. Mais c'est fort probable que je me donnerai une mauvaise note sans cause parce que je suis déprimée. L'important c'est de le faire, pas de le faire parfaitement.
J'ai écrit une lettre. Et alors?	Normalement, ce ne serait pas grand chose. Mais c'est extrêmement difficile en ce moment. Je l'ai fait malgré tout et je peux m'en féliciter.

Comme ces exemples le démontrent, les pensées négatives ayant trait à l'inactivité reflètent les éléments de la triade cognitive : une perception de l'environnement comme accablant, une perception de soi comme incapable, une dévaluation de ses activités, et une prédiction d'insuccès et de manque de plaisir. Le thérapeute cognitiviste se sert donc des tâches comportementales pour arriver à des changements cognitifs.

### • Maîtrise et plaisir

Le patient déprimé est souvent inactif non seulement pour des raisons physiologiques, mais aussi par manque de motivation, puisqu'il juge ses acti-

vités négativement. Par l'évaluation des activités quotidiennes de Maîtrise (M) et Plaisir (P) sur une échelle de 0-5, le thérapeute et le patient peuvent déterminer plusieurs points importants : Est-ce que le patient a tendance à dévaluer ses activités excessivement? Il est nécessaire de souligner que la maîtrise est cotée relativement à l'état actuel du patient et non à son état normal. Est-ce qu'il démontre une attitude trop perfectionniste, ou est-ce qu'il adopte des critères excessivement élevés? Est-ce qu'il évalue tout de la même manière, sans être sensible aux nuances? Est-ce qu'il manque des activités purement agréables au programme?

Les évaluations de maîtrise et de plaisir servent donc de données que le thérapeute utilise pour commencer à modifier les distorsions cognitives : polarisation de la pensée où les actions sont réparties en deux catégories dichotomiques, bon ou mauvais, succès ou échec ; adoption de critères déraisonnables, exagération du côté négatif.

#### • **Assignment de tâches agréables**

Le manque de plaisir peut être dû non seulement à une évaluation excessivement négative, mais aussi vraisemblablement au fait que le patient ne participe plus aux activités qui lui étaient agréables auparavant. Dans ce cas, le thérapeute peut déterminer ces activités soit en utilisant le questionnaire des activités agréables (voir chapitre 7), soit en posant des questions minutieuses. Ces activités doivent aussi bien faire partie du programme quotidien du patient que les tâches nécessaires de sa vie privée et professionnelle.

### *Efficacité personnelle*

En sus des méthodes comportementales pour accroître la qualité et la quantité des activités, le thérapeute cognitiviste utilise également des méthodes souvent employées en thérapie comportementale pour accroître l'efficacité personnelle. Quelques-unes de ces méthodes sont présentées dans le tableau 5.3.

TABLEAU 5.3. — *Techniques comportementales pour accroître l'efficacité personnelle.*

- 1) Relaxation musculaire.
- 2) Distraction.
- 3) Affirmation de soi dans des jeux de rôle.

#### RELAXATION

Comme beaucoup de patients déprimés souffrent d'anxiété et de tension musculaire, la relaxation suivant la procédure de Wolpe (1975), ou n'importe quelle autre méthode de relaxation, peut s'avérer très efficace. Il est notamment utile que le patient apprenne à se concentrer sur une image calme et agréable pendant la relaxation. Ainsi, la relaxation aide non seulement au bien-être physique et à inhiber l'anxiété, mais elle sert aussi à distraire le patient de ses

pensées dépressives et à faciliter le sommeil. Elle est particulièrement recommandée pour les patients tendus, agités, fatigués et insomniaques.

## DISTRACTION

On a vu que la relaxation avec imagerie mentale peut servir de distraction, mais le thérapeute peut se servir de multiples méthodes de distraction, en particulier pour le patient dont l'humeur est invariablement triste et qui n'arrive pas, de ce fait, à répondre à ses pensées négatives. Une méthode de distraction dont l'efficacité a été démontrée dans des expérimentations est la musique gaie. D'après Pignatiello et coll. (1986), la musique est la technique expérimentale qui s'est avérée la plus puissante pour manipuler l'humeur. On sait aussi, d'après les études expérimentales (voir chapitre 3) que les déprimés ont accès plus facilement à leurs souvenirs tristes. Par conséquent, une méthode de distraction que nous trouvons efficace est d'aider le patient à repérer un ou deux souvenirs agréables de son passé. Quand les souvenirs sont retrouvés, on demande au patient de les écrire avec assez de détails et quand cela est nécessaire, il peut relire et revivre ces souvenirs. N'importe quelle activité agréable peut servir de distraction, mais il est nécessaire de décider à l'avance d'une liste de distractions possibles que le patient peut utiliser quand il en a besoin.

## AFFIRMATION DE SOI

Les patients déprimés relatent fréquemment des situations interpersonnelles, domestiques ou professionnelles où ils se sentent méconnus, dans une position désavantageuse ou incapables d'apporter les changements qu'ils désirent. Le thérapeute et le patient s'engagent alors dans des jeux de rôle dans lesquels le thérapeute joue le rôle du personnage opposé et le patient joue son propre rôle ou bien ils inversent les rôles, le thérapeute donnant un modèle du comportement souhaité et le patient jouant le rôle du personnage opposé. Beaucoup de problèmes situationnels peuvent être abordés de cette façon. Le jeu de rôle en séance est toujours suivi par une épreuve de réalité que le patient essaie pour tester ses prédictions et recueillir des données.

Ces techniques aident non seulement à développer des comportements plus actifs et mieux adaptés, mais elles sont aussi utiles pour mettre en évidence les pensées automatiques et les émotions qui sont à la base de ces problèmes interpersonnels. Le thérapeute s'arrête, par exemple, au milieu du jeu de rôle et demande au patient d'essayer de noter ses pensées.

## Pensées automatiques

Les pensées automatiques sont les données de base de la thérapie cognitive. Le but principal du thérapeute est de travailler en équipe avec son patient pour identifier les « pensées inadaptées » qui déterminent ses réactions émotionnelles et son comportement. On a vu ci-dessus comment dès la première entrevue le thérapeute souligne le rôle des pensées automatiques, et que même s'il se focalise au début sur les problèmes comportementaux, il ne néglige pas d'essayer

de mettre à jour les cognitions. Dans les lignes qui suivent, nous décrivons un répertoire de méthodes que le thérapeute cognitiviste peut utiliser pour aider son patient à repérer ses pensées automatiques pendant les entretiens. Le thérapeute ne se restreint pas à une méthode, mais en essaie plusieurs jusqu'à ce qu'il soit satisfait, qu'il ait obtenu les pensées clés. Le tableau 5.4 présente les principales méthodes pour évoquer les pensées automatiques.

### *Méthodes pour identifier les cognitions négatives*

TABLEAU 5.4. — *Pour identifier les pensées automatiques.*

- 1) Questions directes.
- 2) Questions inductives ou « découverte guidée ».
- 3) Moments de forte émotion.
- 4) Imagerie mentale.
- 5) Jeux de rôle.
- 6) Prendre conscience de la signification des événements.
- 7) Revivre la situation dans la réalité et porter attention aux pensées.
- 8) Compter les pensées négatives (par exemple sur une montre de golfeur, ou sur un carnet).

#### LES QUESTIONS DIRECTES

Surtout au commencement de la thérapie, elles sont souvent infructueuses, car les patients ne sont pas conscients de leurs pensées automatiques et considèrent que les situations elles-mêmes déclenchent leurs réactions émotionnelles ou que leurs émotions sont spontanées sans aucune médiation cognitive. Il est toutefois recommandé de demander : « qu'est-ce qui vous passait à l'esprit à ce moment-là? », plutôt que : « à quoi pensiez-vous? ».

Cette question est plus concrète et permet ainsi au patient de décrire une image mentale ou une pensée. Prenons comme exemple une patiente qui décrivait comment elle était rentrée de son travail se sentant soudainement plus déprimée.

T. : *À quel moment avez-vous ressenti que votre humeur empirait?*

P. : *Aussitôt que j'ai ouvert la porte.*

T. : *Qu'est-ce qui vous passait à l'esprit à ce moment-là?*

P. : *Rien, c'est arrivé tout d'un coup. Je ne pensais à rien.*

T. : *Vous avez eu une image mentale?*

P. : *Non rien, rien. Soudainement, je me suis trouvée en larmes.*

(Le thérapeute essaie alors des **questions inductives ou la méthode dite « découverte guidée »** pour amener le patient à identifier ses pensées.)

T. : *Comment avait été votre journée de travail?*

P. : *Pas mal, j'avais réussi à taper toutes les lettres que le patron m'avait données, pour une fois.*

T. : *Il était content ?*

P. : *Il n'a rien dit. Il n'a fait que prendre toutes les lettres et il les a mises dans sa serviette — sans même un merci.*

T. : *Il ne vous a pas remerciée. Qu'est-ce que vous avez ressenti à ce moment quand il est parti comme ça sans rien dire ?*

P. : *J'ai pensé qu'il ne m'appréciait pas. Il est jovial et amical avec les autres, mais jamais avec moi.*

(À ce moment, la patiente a des larmes aux yeux. Le thérapeute utilise ce **moment de forte émotion**).

T. : *Qu'est-ce qui vous passe à l'esprit à cet instant même ?*

P. : *Tout le monde m'évite. Je me souviens maintenant qu'en ouvrant la porte de mon appartement, je me suis sentie complètement seule. Mes collègues allaient dîner ensemble au restaurant pour fêter un anniversaire. Le patron allait être là aussi. Et moi, je serais seule avec ma télévision. Je suis un paria, rejetée par la société. On me trouve pitoyable, ennuyeuse, un casse-pieds.*

T. : *Voilà. Vous voyez pourquoi votre tristesse s'est aggravée quand vous êtes rentrée chez vous ? Vous décrivez très bien toutes les pensées que vous avez eues. Vous avez commencé par dire que votre patron ne vous appréciait pas parce qu'il n'avait pas commenté votre bon travail. Ensuite, parce que vos collègues allaient dîner au restaurant sans vous — nous verrons plus tard pourquoi — vous vous êtes dit que tout le monde vous évitait. Et, de plus, vous vous êtes dit qu'ils vous évitaient parce que vous êtes ennuyeuse, pitoyable et casse-pieds. C'est bien ça ? Vous voyez comment toutes ces pensées sont liées à ce que vous avez ressenti ?*

P. : *Ce sont des pensées que j'ai souvent. Et d'ailleurs c'est vrai.*

T. : *Eh bien, voyons ensemble cette évidence et nous verrons si les commentaires que vous faites sont aussi justes que vous le dites. Il est possible que, parce que vous êtes déprimée en ce moment, vous voyiez tout en noir et surtout que votre perception de vous-même soit très négative.*

Il faut noter que le thérapeute emploie les mêmes termes que le patient et qu'il n'en rajoute pas, même pas des expressions qui pourraient être vues comme équivalentes.

## IMAGERIE MENTALE

Dans l'exemple donné ci-dessus, si la patiente n'avait pas pris conscience des pensées automatiques qui avaient précédé ou accompagné son changement d'humeur, le thérapeute aurait pu lui demander de recréer en images mentales les événements précédant la situation-problème, dans ce cas, en rentrant chez elle. La patiente ferme les yeux et, guidée par le thérapeute, imagine la situation aussi clairement que possible. Le thérapeute demande alors : « Comment vous sentez-vous ? » « Qu'est-ce qui vous passe à l'esprit quand vous ouvrez la porte dans cette

image mentale?» L'imagerie mentale peut aussi aider le sujet à revivre les situations pénibles et à provoquer pendant la séance les pensées dysfonctionnelles.

De même, les *jeux de rôle* peuvent servir à reproduire pendant la séance les pensées automatiques présentes dans des situations pénibles dont le patient n'était pas complètement conscient au moment même. Ces situations sont souvent des interactions interpersonnelles que le thérapeute cognitiviste et son patient peuvent recréer, le thérapeute jouant le rôle de la personne opposée. L'extrait d'un entretien ci-dessous illustre cette utilisation des jeux de rôle.

T. : *Je vais faire un résumé de ce que vous m'avez dit pour voir si j'ai bien compris. Il était 19 h et votre mari a appelé pour dire qu'il était retardé au bureau et de ne pas l'attendre pour dîner. Vous vous sentiez extrêmement triste en raison de ce coup de téléphone. C'est bien ça ?*

P. : *Oui, c'est après ça que j'ai eu un cafard terrible. J'ai plus rien fait de la soirée.*

T. : *Je crois qu'il y a quelque chose qui manque dans votre description. Le son du téléphone, la voix de votre mari ou sa communication ne peuvent pas en eux-mêmes causer vos émotions. Ce qui manque ce sont les interprétations que vous avez données à ce coup de téléphone. Vous voyez ce que je veux dire ?*

P. : *Non, pas vraiment.*

T. : *Bien. Recréons la situation. Je joue le rôle de votre mari; il est 19 h mardi. Voilà, le téléphone sonne et vous répondez.*

### **Jeu de rôle :**

T. : *(mari) Allo, c'est moi, V... Ne m'attends pas à dîner. J'en ai pour encore au moins deux heures au bureau.*

P. : *Oh... Tu aurais pu m'avoir prévenue plus tôt...*

T. : *(mari) Écoute, j'ai appelé aussitôt que j'ai pu. À plus tard.*

T. : *Bien. Nous avons terminé le jeu de rôle. À quoi pensez-vous maintenant ?*

P. : *Il ne m'aime plus. Je suis en train de perdre mon mari. Il me trouve laide maintenant. Je suis trop grosse, j'ai les yeux tout le temps rouges. Ce n'est pas étonnant qu'il ne veuille pas retourner à la maison.*

T. : *Très bien. Voilà. Vous avez fait toute une autocritique, une vraie caricature de vous-même en réponse à la communication de votre mari. Vous pensez que c'est ce monologue autocritique qui vous a déprimée, plutôt que la situation objective elle-même ?*

Les jeux de rôle en séance sensibilise le patient à la **signification des événements**. Après le jeu de rôle décrit ci-dessus, le thérapeute peut assigner la tâche d'enregistrer les événements pénibles dans les jours à venir et noter les interprétations automatiques que la patiente donne à ces événements. Ainsi, le patient apprend la philosophie de base de l'approche cognitive, c'est-à-dire que ce ne sont pas les événements, mais les jugements qu'on fait à leur sujet qui causent de la peine.

Parfois, si les pensées automatiques provoquées par une situation sont particulièrement difficiles à définir, le thérapeute et le patient préparent une expérience où la même situation sera répétée dans la **réalité**; le patient porte alors grande attention à son monologue intérieur et note ses pensées automatiques immédiatement. Il est important d'encourager chez le patient une attitude qui l'incite à essayer d'identifier ses pensées avec intérêt, comme le ferait un « chercheur ».

Pour accroître l'attention que le patient porte à ses pensées automatiques, il peut, pendant quelques jours, **tenir un compte** de ses pensées négatives en les additionnant sur une montre de golf ou sur une fiche. Le thérapeute doit le prévenir du risque de voir le nombre des pensées négatives augmenter en suivant cette méthode. Si tel est le cas, il n'y a pas lieu de s'en soucier, tout au contraire. « Cela voudrait dire que vous devenez de plus en plus habile à identifier vos pensées négatives. Ces pensées étaient toujours là sans que vous en soyez complètement conscient. Pour pouvoir modifier vos pensées, il faut tout d'abord les identifier. »

La méthode classique pour enregistrer les pensées dysfonctionnelles est la **fiche d'auto-enregistrement de Beck** qui est reproduite dans les annexes. Cette fiche contient cinq colonnes dans lesquelles le patient enregistre entre les séances :

- une description rapide de la situation-problème ;
- les émotions qui y sont associées (cotées de 0-100 pour le degré d'intensité) ;
- les pensées automatiques correspondantes (cotées de 0-100 pour le degré de croyance) ;
- les réponses rationnelles (cotées de 0-100 pour le degré de croyance) ;
- une réévaluation des émotions (cotées 0-100) et des pensées automatiques (cotées 0-100).

Pour entraîner le patient à remplir ces fiches, **il est utile de s'en servir au préalable pendant les séances mêmes**. Quand les pensées automatiques associées à des émotions pénibles et à une situation problème sont identifiées, le thérapeute aide le patient à les enregistrer sur une échelle d'auto-enregistrement dont il devrait garder une réserve. Les échelles d'auto-enregistrement sont dupliquées pour que patient et thérapeute puissent en garder une copie. En début de traitement, les patients remplissent les trois premières colonnes seulement — situation, émotion et pensées automatiques — et à un stade plus tardif du traitement ils apprennent à répondre rationnellement aux pensées automatiques dans la quatrième colonne.

Quelques exemples des fiches d'auto-enregistrement des pensées dysfonctionnelles remplies par une patiente au cours de son traitement sont donnés ci-dessous.

Les points à souligner avec le patient sont :

- que ses auto-enregistrements ne sont pas des œuvres littéraires et qu'il est préférable d'enregistrer ses pensées et ses images mentales simplement et littéralement ;

## Fiche d'auto-enregistrement des pensées dysfonctionnelles

<b>Situation</b>	<b>Émotions</b>	<b>Pensées automatiques</b>	<b>Réponses rationnelles</b>	<b>Résultats</b>
(Événement ou fil de pensées)	Spécifier et évaluer (0-100 %).	Écrire littéralement et évaluer votre niveau de croyance (0-100 %).	Écrire toutes les réponses et évaluer votre niveau de croyance (0-100 %).	Réévaluer votre niveau de croyance dans la pensée automatique (0-100 %) et les émotions (0-100 %).
Conversation avec mon mari (100 %)	Anxieuse 80 %. Envie de pleurer (80 %).	Je suis incapable d'avoir une conversation (100 %). Je n'ai aucun soutien de personne (100 %). Je dis et fais des bêtises (100 %).	Jacques a toujours besoin d'avoir raison. C'est son point faible. Cela ne veut pas dire que je n'ai pas de conversation ou que je suis bête. Ce n'était même pas une conversation importante (80 %).	Pensées automatiques (20 %). Anxieuse (20 %). Envie de pleurer (0 %).
Les enfants en train de se chamailler	Irritée (50 %). Triste (80 %).	Oh non! Je ne sais pas quoi faire dans ces situations. Je suis une mère incompétente (10 %).	C'est naturel pour les enfants de se chamailler parfois. Tous les enfants le font. Ce n'est pas ma faute. Au lieu de me blâmer moi-même, je vais essayer d'être pratique. Je vais les arrêter et demander de quoi il s'agit et décider quoi faire après (100 %).	Pensée automatique (0 %). Irritée (10 %). Triste (20 %).

Fiche d'auto-enregistrement des pensées dysfonctionnelles (suite)

<b>Situation</b>	<b>Émotions</b>	<b>Pensées automatiques</b>	<b>Réponses rationnelles</b>	<b>Résultats</b>
<p>Ma voisine est de retour chez elle après une période à l'hôpital pour une opération chirurgicale. Je voudrais lui rendre visite, mais j'hésite toujours.</p>	<p>Panique (100 %).</p>	<p>Elle est si parfaite, capable et gentille. Je ne saurais pas quoi lui dire. Je vais commencer à bégayer et dire des bêtises (100 %).</p>	<p>Elle sera sûrement contente de me voir. Même si gentille, elle ne peut pas être parfaite. À quoi ça sert de me comparer avec elle. Elle a ses qualités et on me dit que j'en ai aussi. De toute façon, elle ne sera pas dans son lit en train de me juger. Elle est si gentille qu'elle me mettra à l'aise (80 %)</p>	<p>Pensées automatiques (20 %). Émotion (30 %).</p>
<p>Visite d'une amie.</p>	<p>Déprimée (100 %). Envieuse (50 %).</p>	<p>Elle est si aimable, détendue et intelligente. Elle a un grand cercle d'amis, tandis que moi je ne suis pas bonne compagnie pour personne (100 %).</p>	<p>J'exagère encore — je vois les autres comme ayant toutes les vertus, tandis qu'à moi je n'attribue que des défauts. J'ai des amis et après tout elle me rend visite assez souvent. Elle doit me trouver assez bonne compagnie (100 %).</p>	<p>Envieuse (0 %). Déprimée (30 %).</p>

- que prendre note de ses pensées, les écrire et les réfuter ne sont pas des activités habituelles et qu'il faut donc beaucoup de pratique et d'effort pour y arriver;
- qu'il n'est pas nécessaire d'enregistrer toutes ses pensées automatiques, parce qu'elles sont souvent répétitives. Il est seulement nécessaire de prélever quelques échantillons chaque jour;
- il n'est souvent pas possible d'enregistrer ses pensées automatiques au moment même. Donc, il est bon de réserver 15-20 minutes chaque soir, pour revoir et enregistrer les principales pensées dysfonctionnelles de la journée;
- comme il est plus facile d'être conscient de ses émotions que de ses pensées automatiques, celles-ci étant si habituelles qu'on n'en rend même pas compte, le patient devrait se servir des changements d'émotions comme signal qu'il y a une pensée automatique à identifier.

### *Techniques pour modifier les cognitions négatives*

Le but principal du thérapeute cognitiviste est d'amener le patient à vérifier ses pensées négatives d'une manière *réaliste*. Il ne s'agit pas d'infuser un optimisme général ou de faire croire au patient que tout est pour le mieux dans le meilleur des mondes, mais d'encourager un esprit investigateur qui met en question les pensées négatives comme si elles étaient des hypothèses plutôt que des faits.

Le style du thérapeute est très important à ce stade de la thérapie, il doit se garder d'une attitude critique, agressive ou railleuse au risque de renforcer l'auto-critique du patient qui pourrait se dire : « Je ne peux même pas penser correctement » ou de perdre sa collaboration. Pour le patient, comme pour tout le monde d'ailleurs, ses pensées sont vraisemblables et le thérapeute ne réussirait pas à l'amener à mettre en question leur véracité, sans adopter un style « socratique », collaboratif et empathique.

Le tableau suivant présente une liste des diverses techniques qui pourraient être utilisées pour changer les cognitions négatives.

Pendant les séances, le thérapeute devrait choisir une ou deux pensées typiques du patient et commencer avec le patient l'application des techniques de modification. Les méthodes présentées dans le tableau 5.5 ne sont pas exclusives et peuvent se compléter.

TABLEAU 5.5. — *Techniques pour changer les pensées négatives.*

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Examiner l'évidence.</li> <li>2) Trouver d'autres interprétations.</li> <li>3) Établir les probabilités de chaque interprétation.</li> <li>4) Recueillir des données (ex-sondage).</li> <li>5) Tester les hypothèses en expérimentation.</li> <li>6) Se décentrer ou « distanciation ».</li> <li>7) Définition des termes.</li> <li>8) Réattribution.</li> <li>9) Jeux de rôle.</li> <li>10) Échelle d'auto-enregistrement des pensées dysfonctionnelles.</li> </ol> |
|--|

**Examiner les preuves** pour conclure est la méthode fondamentale et, en s'en servant, le thérapeute présente un modèle que le patient peut utiliser dans les périodes entre séances.

T. : *Alors quand on vous a dit au téléphone que votre amie n'était pas là, vous avez conclu qu'elle était là vraiment, mais qu'elle ne voulait pas vous parler.*

P. : *Oui, elle doit me trouver trop déprimante en ce moment. Je me suis sentie encore plus seule et déprimée.*

T. : *Oui, votre conclusion négative a augmenté votre cafard. Mais c'est une inférence arbitraire, je pense. Quelle évidence aviez-vous que votre amie était là?*

P. : *Je sais qu'elle était là, elle est généralement chez elle à 18 h.*

T. : *Elle est généralement là, mais cette fois sa mère vous a dit qu'elle n'était pas encore rentrée?*

P. : *Oui, elle mentait sans doute.*

T. : *C'est déjà arrivé que sa mère vous ait menti et que vous ayez eu des preuves par la suite que votre amie ne voulait pas vous parler?*

P. : *Non, ce n'est jamais arrivé. En fait, maintenant que j'y pense, c'est elle qui m'appelle au téléphone le plus souvent.*

T. : *Et cette fois, elle vous a relancée?*

P. : *Oui, le lendemain. Elle m'a dit qu'elle était rentrée plus tard que prévu parce qu'elle était allée jouer au badminton.*

T. : *Alors vous croyez qu'elle mentait aussi?*

P. : *C'est vrai qu'elle est normalement très franche.*

T. : *Il me semble que l'évidence est plutôt contre votre conclusion, premièrement votre amie ne vous évite pas, tout au contraire elle vous téléphone souvent; deuxièmement, ce n'est pas dans ses habitudes de mentir. Alors sur quelle évidence vous basez-vous pour établir les conclusions qui vous ont tant déprimée ce soir-là?*

P. : *Oui, je sais, je tire des conclusions hâtives; je pense toujours au pire.*

#### TROUVER D'AUTRES INTERPRÉTATIONS ET ÉTABLIR LES PROBABILITÉS

Le thérapeute peut alors encourager le patient à pointer toutes les différentes possibilités et à établir laquelle paraît le plus vraisemblable.

T. : *Chaque situation a plusieurs interprétations possibles et les gens déprimés ont tendance à choisir la pire des possibilités, celle qui va à leur rencontre.*

(NOTE : le thérapeute attribue la conclusion erronée à la dépression, pas à un défaut du patient.)

*Comme vous le voyez, à la réflexion, votre conclusion n'est pas très bien soutenue par l'évidence quand nous examinons les faits. Essayons de faire une liste de toutes les interprétations possibles. Alors votre amie vous trouve déprimante et elle préfère ne pas vous parler. Il y a d'autres interprétations?*

P. : *Oui, qu'elle était vraiment au badminton.*

T. : Alors ça fait deux. Il y en a d'autres ?

P. : Je suppose que c'est possible qu'elle était là, mais très occupée ou très fatiguée et sa mère n'a pas voulu la déranger. Elle a fait un petit mensonge pour ne pas me blesser.

T. : Oui c'est possible. Nous avons alors trois possibilités. Il y en a d'autres ?

P. : Non, je ne vois pas.

T. : Notons chaque possibilité et voyons laquelle est la plus probable.

Les probabilités étaient : 10 %, 80 % et 20 % pour les trois interprétations, donc tout compte fait la deuxième interprétation était la plus raisonnable et la moins déprimante.

Cette technique est souvent très efficace, en ce que l'interprétation du patient, si négative qu'elle soit, n'est pas rejetée comme une aberration, mais est retenue et comparée à plusieurs autres interprétations. Ce style de raisonnement entraîne le patient à considérer ses cognitions comme des interprétations qu'il doit examiner judicieusement.

#### RECUEILLIR DES DONNÉES

Parfois, les conclusions erronées sont mieux rectifiées en tenant compte de nouvelles données que le patient peut recueillir lui-même. Cette technique est notamment utile pour corriger les inférences arbitraires et pour définir les composantes d'une situation problème. Par exemple, une patiente avait des difficultés avec son jeune fils qui avait l'air d'être toujours de mauvaise humeur à la maison et qui, d'après son professeur, avait commencé à voler à l'école et n'étudiait plus aussi bien qu'avant. Cette patiente s'était dit que c'était probablement de sa faute et qu'elle n'y pouvait rien. Elle n'avait même pas parlé à son fils pour s'enquérir des faits, parce que son attitude autocritique l'empêchait de voir la situation comme un problème à résoudre. Pour pouvoir discuter le problème, le thérapeute demande à la patiente de recueillir certaines données : Est-ce que le fils vole vraiment à l'école ? Qu'est-ce qu'il vole et quand ? Est-ce qu'il a des plaintes ? Lesquelles ? Peut-être qu'il pense que sa mère ne l'aime plus parce qu'elle lui porte moins d'attention, étant déprimée ? Elle devrait approcher le problème avec un esprit investigateur, pas en procureur général. Le patient est invité à établir les faits plutôt qu'à agir en devin.

Il est parfois possible d'établir par un sondage une opinion générale qui diffère diamétralement de celle du patient. Par exemple, un professeur d'université qui disait : « Si j'étais vraiment capable, je ne serais pas aussi nerveux avant de faire des communications publiques » était étonné de découvrir, après un sondage auprès de quelques collègues, que tous étaient un peu tendus et nerveux à l'occasion de conférences. Une mère qui disait : « Je suis mauvaise mère, parce que je ne suis pas toujours patiente avec les enfants », a conclu après avoir questionné quelques-unes de ses amies, qu'elle était probablement plus patiente que beaucoup d'autres.

Il est souvent nécessaire de préparer le patient en l'entraînant par des *jeux de rôle* à poser les questions pour son sondage. Si la personne n'a jamais posé ces simples questions, c'est qu'elle doit les trouver difficiles et les jeux de rôle

servent non seulement à l'entraînement dans un nouveau comportement, mais aussi à identifier les pensées négatives qui y sont associées.

### LES ÉPREUVES DE RÉALITÉ

Elles servent à vérifier les attentes négatives des patients : « Si j'exprime mon mécontentement, mon mari sera furieux » ; « Si je n'accepte pas de faire ce que les gens attendent de moi, ils ne voudront plus me voir » ; « Si je pose une question, on me prendra pour un imbécile ».

Avant les épreuves de réalité, le thérapeute et le patient examinent les possibilités, en passant en revue l'évidence, en se **décentrant** de la situation, c'est-à-dire comment le patient jugerait la même action si elle était commise par quelqu'un d'autre et aussi en **jeux de rôle**. Ensuite, ils décident d'une épreuve apte à tester l'hypothèse. Généralement, les épreuves sont essayées par hiérarchie, en commençant par une épreuve facile et en gardant les épreuves plus difficiles pour plus tard.

Un jeune patient de 28 ans, médecin des hôpitaux, évitait autant que possible de poser des questions, parce qu'il craignait de paraître incompetent, bête et ridicule. Ceci s'appliquait non seulement à son milieu professionnel, mais aussi bien à ses amis, à un étranger sur la route à qui il voulait demander une direction, aux guichetiers et aux serveurs de magasins.

Sa première épreuve était de demander à un passant sur la route de lui donner la direction pour la rue x, d'observer les réactions de la personne et de faire un rapport à la prochaine séance. Les tâches ont progressé jusqu'à demander à son chef de service des conseils pour la prise en charge d'un patient. Si les expériences réussissent, c'est-à-dire si les attentes négatives ne sont pas réalisées, le thérapeute entourage le patient à généraliser sur ce succès. Si pourtant, l'anticipation négative est réalisée, ceci aussi est très utile en ce que le thérapeute et le patient peuvent considérer ensemble les causes de l'insuccès pour voir où étaient les erreurs. L'expérimentation est alors répétée jusqu'au succès éventuel.

### DÉFINITION DES TERMES

Le thérapeute peut aussi aider son patient à changer ses pensées négatives en l'aidant à définir plus précisément les termes négatifs et abusifs qu'il emploie à son propre compte : « Je suis un lâche », « Je suis un paresseux », « Je suis une égoïste ». Souvent, en demandant au patient de définir « lâche », « paresseux » ou « égoïste », il peut arriver à la conclusion que ces termes ne s'appliquent pas vraiment à lui ; qu'il n'emploierait pas le même terme pour décrire le même comportement de la part d'autrui ; que tout attribut, positif ou négatif, est généralement présent dans une certaine proportion, mais pas d'une manière dichotomique. De plus, les comportements qui sont attribués à la lâcheté, à la paresse ou à l'égoïsme sont généralement des symptômes de la dépression, car ces patients se comportent tout à fait autrement quand ils ne sont pas déprimés. Un vrai lâche, un vrai paresseux ou un vrai égoïste ne s'en plaint pas normalement.

En **réattribuant** les comportements dépressifs à la dépression, le thérapeute soulage les sentiments de culpabilité, rehausse l'estime de soi et améliore l'humeur.

## LES ÉCHELLES D' AUTO-ENREGISTREMENT DES PENSÉES DYSFONCTIONNELLES

Comme on l'a vu dans des pages précédentes, elles servent non seulement à enregistrer les cognitions négatives et les émotions pénibles associées, mais aussi à répondre rationnellement à ces pensées. Pendant tout le cours du traitement, ces échelles sont le pivot de la thérapie, le patient s'entraînant pour commencer au cours des séances, avec l'aide du thérapeute.

## Les schémas ou les postulats silencieux (attitudes, croyances)

### *Méthodes pour identifier les schémas*

Vers la fin du traitement, quand le patient est déjà habile à identifier et à changer ses pensées automatiques, le but de la thérapie est d'identifier et de modifier les attitudes de base qu'on pense être dépressogènes. L'état dépressif est déjà réduit à ce stade (en moyenne, c'est déjà la quinzième séance). Il faut dire cependant que dans certains cas, on arrive à ce stade plus vite. Contrairement à la thérapie rationnelle émotionnelle d'Ellis qui aborde les « postulats silencieux » dès le début du traitement, la thérapie cognitive de Beck approche le problème d'une manière hiérarchique, c'est-à-dire que le comportement et les pensées automatiques sont la structure supérieure de la pyramide, alors que les croyances sont les pierres de fondation. Le travail systématique se fait par le haut pour mettre à jour, petit à petit, les attitudes de base. Si le thérapeute les aborde trop tôt, le patient pourrait être rebuté, sentant les règles mêmes de son existence mises en question.

Les schémas diffèrent des pensées automatiques en ce qu'ils sont abstraits et généralement inconscients, d'où le terme « postulats silencieux ». Cependant, dès le début du traitement, le thérapeute cognitiviste peut développer une notion des schémas cognitifs du patient en inférant les règles générales qui sous-tendent ses communications. Le tableau 5.6 présente un résumé des méthodes que le thérapeute peut utiliser pour déterminer ces postulats silencieux.

TABLEAU 5.6. — *Techniques pour identifier les schémas cognitifs.*

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Généralisation à partir d'exemples spécifiques.</li> <li>2) Verbaliser le sens implicite des communications.</li> <li>3) Pointer les thèmes communs.</li> <li>4) Relever les règles personnelles révélées dans les auto-injonctions automatiques (dans les « Je devrais »).</li> <li>5) Utiliser l'échelle des attitudes dysfonctionnelles de Weissman et Beck (1978).</li> <li>6) Arriver à la croyance de base par la méthode de la « flèche descendante ».</li> </ol> |
|--|

Les fiches d'auto-enregistrement des pensées automatiques offrent des exemples spécifiques que patient et thérapeute peuvent utiliser pour arriver à une **règle générale**. Le thérapeute demande au patient de relire un échantillon

des pensées recueillies au cours du traitement et d'essayer de voir si elles reflètent des règles générales. Celles-ci peuvent être évidentes au patient, par exemple : « Toutes ces pensées ont trait à ma relation avec les autres. Elle semblent indiquer que si je pense qu'on ne m'aime pas, j'éprouve immédiatement des émotions pénibles ». Si le patient lui-même n'arrive pas à extraire le sens général, le thérapeute l'aide en suggérant : « Vous pensez que ce que ces pensées indiquent en général, c'est que...? »

Quand le sens général est senti, le thérapeute l'exprime en forme de règle : « On dirait que vous avez une règle personnelle ou une croyance qui est peut-être : *si je ne suis pas aimée de tout le monde, je ne peux pas être heureuse*. C'est exact? ».

Les croyances typiques que l'on relève chez les dépressifs ont trait :

- à *l'amour* comme dans l'exemple donné ci-dessus ;
- au *perfectionnisme* : « Je dois tout faire parfaitement, sinon je ne vauds rien » ;
- à la *réussite* : « Je dois réussir tout ce que je fais, sinon cela signifie que je suis stupide » ;
- au besoin d'être *approuvé* : « Ma valeur personnelle dépend de ce que les autres pensent de moi » ;
- au *droit* à la considération des autres : « Les gens devraient être toujours honnêtes, équitables, aimables à mon égard » ;
- au *code moral personnel* : « Je devrais être toujours aimable, charitable, attentif envers les autres, sinon je suis un ignoble » ;
- à *l'omnipotence* : « Je devrais tout savoir, tout comprendre, tout prévoir » ;
- à *l'autonomie* : « Je devrais pouvoir me débrouiller seul. Avoir besoin de l'aide des autres est un signe de faiblesse ».

En soulignant le **sens implicite** des communications du patient, le thérapeute fait ressortir la croyance sous-jacente. Le patient indique que voir un thérapeute est un signe de faiblesse, que demander un renseignement à un collègue est un signe de faiblesse, que téléphoner à quelqu'un parce qu'il voudrait un peu de compagnie est aussi un signe de faiblesse. Le thérapeute fait remarquer que le sens implicite dans ces situations sont : « Que vous devriez tout faire par vous-même et qu'autrement vous seriez faible ; et surtout que vous ne devriez jamais être faible. C'est bien ça? Vous pensez que c'est l'attitude qui est à la base de tout ce qu'on vient de discuter? ».

De même, thérapeute et patient peuvent pointer les *mots* ou les *thèmes* qui se répètent dans les échelles d'auto-enregistrement et dans les communications pendant les séances, par exemple, opinions des autres, critique, réussite, le niveau d'achèvement, la responsabilité, l'affection des autres, le droit à la justice. Ces thèmes communs donnent des indications à suivre pour déterminer plus exactement les postulats silencieux du patient.

**Les règles personnelles** sont aussi indiquées par l'emploi des « je devrais » que le thérapeute souligne à chaque occasion. Le pointage des « je devrais » peut devenir un jeu entre thérapeute et patient, chaque « je devrais » étant souligné par l'un ou l'autre, peut être avec un sourire signalant l'occurrence,

ainsi amenant le patient à prendre conscience de la rigueur des règles personnelles.

**L'échelle des attitudes dysfonctionnelles**, qui est décrite dans le chapitre 7, est une mesure d'auto-évaluation des croyances dysfonctionnelles présentées ci-dessus. Elle peut être utilisée en conjonction avec une ou plusieurs autres méthodes pour déterminer les schémas cognitifs, pour évaluer leur intensité et les changements thérapeutiques, mais elle ne devrait jamais être utilisée isolément comme unique méthode pour déterminer les croyances dépressogènes.

**La méthode de la « flèche descendante »** est très efficace, comme on verra dans les extraits qui suivent, pour arriver à la croyance de base, au *bottom line* comme disent les américains.

EXEMPLE reprenant le cas de la patiente décrite dans les lignes précédentes :

*Situation* : j'ai téléphoné à une amie et sa mère m'a dit qu'elle était absente.

*Émotion* : triste, isolée.

Ainsi, en poursuivant le sens des pensées automatiques, au lieu de les corriger, le postulat silencieux apparaît :

<i>Pensées automatiques</i>	<i>Réponses</i>
1) Elle a dû dire à sa mère de me dire qu'elle était absente si j'appelais. « Si c'était vrai qu'est-ce que cela voudrait dire pour vous? »	→ ↓
2) Cela voudrait dire qu'elle n'a plus d'affection pour moi. « Supposons que c'est vrai, qu'elle n'a plus d'affection pour vous. Qu'est-ce que cela voudrait dire pour vous? »	→ ↓
3) Que je suis une personne désagréable. Autrement elle n'essaierait pas de m'éviter. « Et si c'était vrai. Qu'est-ce que cela voudrait dire pour vous? »	→ ↓
4) Que personne ne voudra plus me connaître. On me rejettera. « Si c'était vrai, qu'est-ce que cela voudrait dire pour vous? »	↓ →
5) Que je suis déplaisante, que je ne vauds rien. « Et si ça aussi, c'était vrai, qu'est-ce que cela voudrait dire pour vous? »	↓ →
Je n'aurais pas d'amis, pas d'affection, pas d'amour. Ma vie ne vaudrait pas d'être vécue.	→

« Je dois être aimé de tout le monde. Si quelqu'un me trouve déplaisante, cela veut dire que je suis déplaisante et sans valeur et ma vie ne vaut pas d'être vécue. Ma valeur dépend de l'estime des autres. »

AUTRE EXEMPLE :

Situation : premier jour dans un nouveau bureau. Je n'ai pas accompli grand chose.

Émotion : déprimé.

<i>Pensées automatiques</i>	<i>Réponses</i>
1) Je suis un idiot. Je pourrais m'être mieux organisé.	→
« Si c'était vrai que vous auriez pu être mieux organisé, pourquoi ça vous rend-il aussi triste? »	↓
2) Parce que je n'arrive pas à faire les choses bien, comme elles devraient l'être.	→
« Supposons que c'est vrai qu'est-ce que cela voudrait dire pour vous? »	↓
3) Que les gens ne peuvent pas se fier à moi pour produire un bon travail.	→
« Si c'était vrai, qu'est-ce que cela voudrait dire pour vous? »	↓
4) Que je suis médiocre, bon à rien.	→
« Si c'était vrai que vous étiez médiocre, qu'est-ce que cela voudrait dire pour vous? »	↓
5) Que je suis une personne sans valeur, que personne ne me respecterait. Je ne pourrais pas vivre comme ça.	→

POSTULATS SILENCIEUX : 1) *Je dois tout faire parfaitement, sinon je suis sans valeur*; 2) *Si je ne fais pas tout parfaitement, je perds le respect des autres*; 3) *Je ne peux pas vivre sans le respects des autres*.

Arrivé à la croyance de base, les pensées automatiques peuvent alors être examinées et remplacées par des réponses rationnelles.

*Techniques pour modifier les schémas*

Les croyances de base, contrairement aux pensées automatiques, peuvent ne pas être complètement erronées. Elles sont ancrées dans une culture, donc partagées par tous les membres de cette culture, et ne sont dysfonctionnelles que par le fait qu'elles sont trop rigides, trop généralisées et trop inflexibles. Il est important de le signaler aux patients qui pourraient autrement être découragés ou sceptiques à l'idée de changer complètement une attitude qui est centrale à leur manière d'être. Cela va sans dire que le but du thérapeute n'est

pas de changer le perfectionniste en insouciant ou la personne hypersensible aux critiques en quelqu'un qui n'attache aucune importance à l'opinion des autres, ou celui qui veut plaire à tout le monde en pur égoïste.

Le tableau 5.7 présente quelques techniques pour modifier les croyances.

TABLEAU 5.7. — *Techniques pour modifier les croyances.*

- 1) Réponses aux pensées automatiques identifiées dans la méthode de la « flèche descendante ».
- 2) Peser les avantages et les désavantages.
- 3) Examiner l'évidence pour et contre.
- 4) Évaluer l'utilité à court *versus* long terme.
- 5) Mettre en question les contrats personnels.
- 6) Épreuves de réalité : désobéir à la règle et vérifier les conséquences.

L'identification même des croyances de base et leur expression en termes explicites révèlent au patient leur caractère arbitraire, exagéré et irraisonnable, ainsi diminuant leur intensité. Il est cependant nécessaire de travailler directement sur ces croyances pendant quatre à cinq séances en se servant des méthodes de modification qui sont présentées dans le tableau.

Comme on l'a vu dans les exemples de la « flèche descendante », plusieurs **cognitions erronées** sont évoquées avant d'arriver à la croyance de base. En examinant ces cognitions, en corrigeant les erreurs qu'elles contiennent et en les modifiant, la croyance de base, qui est la conclusion dérivée logiquement des cognitions, se trouve naturellement modifiée.

Comme on peut supposer que ces attitudes dysfonctionnelles ont malgré tout été utiles en certaines occasions pour le patient, il est important de revoir avec lui leurs **avantages** et leurs **désavantages**, les mettre en balance en cotant chaque « pour » et chaque « contre » selon leur degré d'importance. Ceci est, bien entendu, fait en collaboration. Le thérapeute doit aider le patient, par ses questions, à trouver tous les arguments possibles, surtout quand il s'agit des désavantages que son attitude implique pour lui. Les deux exemples qui suivent pourraient illustrer cette méthode de modification.

POSTULAT SILENCIEUX : <i>Ma valeur dépend de l'estime des autres.</i>	
<i>Avantages</i>	<i>Désavantages</i>
1) Ça me fait prévoir le besoin des autres. Ça m'empêche d'être égoïste et désobligeante (100 %). 2) Je me sens estimée (100 %).  3) Ça me donne des amis (100 %).	1) Je suis à la merci des préférences et des sautes d'humeur des gens, ceci étant des facteurs instables (– 100 %). 2) Comme différents individus diffèrent entre eux, j'ai à agir différemment avec différentes personnes, pour essayer de plaire à tout le monde (– 50 %). 3) J'arrive souvent à faire ce qui ne me plaît pas pour plaire aux autres (– 60 %).

c (suite)

+ 300	<p>4) Je ne peux pas exprimer une opinion au cas où je déplorais à quelqu'un (– 20 %).</p> <p>5) J'ai besoin d'être constamment rassurée, puisque c'est pas toujours possible de savoir si quelqu'un m'estime ou non (– 40 %).</p> <p>6) Je suis très anxieuse dans les situations sociales parce que j'ai peur de plaire (– 100 %).</p> <p>7) Je ne peux pas non plus supporter la solitude et comme forcément je suis souvent seule, je suis souvent déprimée (– 100 %).</p> <p>8) Les demandes peuvent être incompatibles. On ne peut pas satisfaire tout le monde en même temps (– 30 %).</p>
– 500	
<p><b>RÉSULTAT :</b> <i>Cette attitude est plus désavantageuse qu'avantageuse pour moi. Je gagnerais à la changer un peu.</i></p>	

<p><b>POSTULAT SILENCIEUX :</b> <i>Je dois tout faire parfaitement, autrement je ne serais pas respecté et je n'aurais aucune valeur.</i></p>	
<p style="text-align: center;"><i>Avantages</i></p> <p>1) Ça me fait essayer de faire de mon mieux (100 %).</p> <p>2) Je produis du bon travail et ça m'amène du succès (100 %).</p> <p>3) Quand les choses marchent bien, j'éprouve une grande satisfaction (100 %).</p> <p>4) Ça m'évite de devenir paresseux (60 %).</p>	<p style="text-align: center;"><i>Désavantages</i></p> <p>1) Je deviens anxieux et ma performance en souffre (– 80 %).</p> <p>2) J'évite beaucoup d'activités qui seraient sans doute agréables, craignant de ne pas réussir (– 50 %).</p> <p>3) Je suis toujours à me critiquer sévèrement, de sorte que je ne tire aucun plaisir à ce que je fais (– 100 %).</p> <p>4) Les critiques des autres me dépriment ou me rendent agressif (60 %).</p> <p>5) Puisque j'évite les critiques, je perds le côté constructif des critiques (– 50 %).</p> <p>6) Mes succès comptent à peine, parce qu'un manque de succès par la suite réduit à rien les succès précédents (– 100 %).</p> <p>7) Je suis si bouleversé par un manque de succès que je ne peux pas me servir de l'expérience pour améliorer ma performance (– 80 %).</p> <p>8) Je deviens intolérant, prêt à critiquer, et mes enfants, amis et collègues en souffrent (– 100 %).</p> <p>9) Comme ça n'arrive pas souvent de réussir quelque chose parfaitement, j'éprouve beaucoup d'insatisfaction (– 100 %).</p>
+ 360	– 720
<p><b>RÉSULTAT :</b> <i>Cette attitude est tout compte fait à mon désavantage. J'ai intérêt à chercher à la rendre moins rigide, moins exigeante.</i></p>	

Les preuves en forme de croyance peuvent aussi être mises en question par le thérapeute — par exemple quelle est la preuve que si le patient ne plaît pas à quelqu'un, tout le monde le trouvera déplaisant? Où est la preuve que le respect des autres dépend du niveau de performance d'un individu? Est-ce que le patient lui-même juge les autres de cette façon? S'il prend comme exemple une personne qu'il estime, est-ce que cette personne n'a aucun défaut, est-ce qu'elle dit toujours oui si on lui demande de faire quelque chose, est-ce que tout le monde la trouve sympathique? De même, pour une personne très respectée, est-ce que cette personne fait tout parfaitement? Est-ce que cette personne est nécessairement respectée par *tout* le monde? Si cette personne n'est pas estimée ou pas respectée par A ou B, est-ce que sa vie ne vaut pas d'être vécue?

Comme il est important que le patient ne se sente pas ridiculisé ou attaqué pendant cette procédure, le thérapeute doit poser ces questions avec beaucoup de gentillesse et d'empathie.

De même, le thérapeute peut demander au patient d'évaluer l'utilité de son attitude ou sa croyance en faisant **le bilan de l'utilité à long terme contre l'utilité à court terme**. Cette technique est particulièrement utile quand la croyance dysfonctionnelle paraît, au moins temporairement, être en faveur du patient. Comme on l'a vu dans les exemples donnés ci-dessus, le patient qui doit être estimé de tout le monde ou qui doit tout faire parfaitement, peut éprouver beaucoup de bonheur quand il reçoit des signes d'estime ou quand sa performance est à un niveau élevé. Le thérapeute peut alors demander au patient de faire une projection dans l'avenir.

T. : *Je suis content que tout aille bien pour vous en ce moment. Vous avez beaucoup travaillé ces derniers temps et vos patrons sont très satisfaits. Vous êtes heureux. Supposons que dans un mois, en continuant à travailler autant (si c'est possible!), vos résultats ne soient pas aussi bons. Comment vous sentiriez-vous?*

P. : *Eh bien, vous me connaissez. Je serais sans doute déprimé.*

T. : *Votre valeur personnelle serait diminuée?*

P. : *Euh... vous voulez dire que ma valeur personnelle ne dépend pas des résultats de mon travail?*

T. : *Oui, c'est normal d'être content si vous avez de bons résultats. Mais si les résultats sont moins bons, ce serait plus utile pour vous de les évaluer pour en déterminer les causes, que de vous dire « si les résultats ne sont pas bons, c'est que je n'ai pas de valeur ».*

P. : *Je vois, ma valeur n'est pas égale aux résultats parce que les résultats peuvent varier pour plusieurs autres raisons. C'est ce que vous voulez dire?*

T. : *Oui. Et ensuite, à long terme, ne pensez-vous pas que si vous continuez à travailler autant que vous le faites en ce moment, vous allez forcément manquer beaucoup de choses agréables : la famille, le golf? Alors, votre perfectionnisme vous réussit parfois et parfois non. Les circonstances peuvent changer — mais vous êtes la même personne, avec plusieurs sources de bonheur. Votre perfectionnisme marche en votre faveur en ce moment, mais à long terme, il est sûr qu'il pourra vous causer beaucoup d'insatisfaction. Vous voyez ce que je veux dire?*

Les postulats silencieux sont souvent des **contrats personnels** qui se présentent en termes absolus et inflexibles. Si je le fais : fais ce que les autres attendent de toi, ne fais jamais d'erreur, sois le meilleur. Il suivra : je serais heureux, respecté, estimé. Le thérapeute peut aider le patient à renégocier son contrat ou peut-être même à l'abandonner s'il est complètement impossible à satisfaire. L'extrait qui suit en donne une illustration.

T. : *Ce que vous dites me donne l'impression d'être un contrat obligatoire que vous auriez signé : « Si je fais tout parfaitement, je serais approuvé de tous » et « sans l'approbation de tous, je ne peux pas être heureux ». C'est bien ça, j'ai bien compris ?*

P. : *Oui, je crois que j'ai toujours cru ça depuis que j'étais enfant. Ma mère disait toujours : « Si tu le fais bien, maman sera contente » ou « Si tu le fais bien, je t'achèterai un beau jouet ».*

T. : *Alors vous avez rédigé ce contrat quand vous étiez encore enfant et maintenant que vous êtes adulte, vous croyez que ce contrat est encore valide ?*

P. : *C'est bête, mais je n'ai jamais pensé à ça en ces termes. C'est vrai qu'on ne laisserait pas un enfant rédiger un contrat en affaires !*

T. : *Voilà. Les contrats ne sont pas nécessairement permanents — ils peuvent être modifiés, amendés, améliorés ou même déchirés. Votre contrat est impraticable parce qu'il est trop vague. Comment peut-on décider quand on a fait quelque chose parfaitement ? Et de même, quel niveau d'approbation, par combien de personnes, serait nécessaire pour que vous soyez heureux ?*

Certains contrats ont trait à une conception de la justice : « Si je traite les gens bien, ils me traiteront bien en retour ; sinon, c'est injuste et je ne peux être heureux si on est injuste envers moi ». Le thérapeute peut exprimer qu'il est d'accord avec le patient : la vie est injuste comme les bonnes choses sont distribuées de façon inégale, par exemple intelligence, beauté et fortune. Si telle est la réalité, ne serait-ce pas futile d'attendre le contraire et de baser son bonheur sur quelque chose qui n'existe pas vraiment ? C'est peut-être raisonnable de s'attendre à ce que les gens vous traitent comme vous les traitez vous-même, mais la conception de la justice peut être différente pour différentes personnes et on ne peut pas s'attendre à ce que tout le monde soit toujours équitable et prévenant. Au lieu de personnaliser le manque d'égard des autres, qu'est-ce que le patient peut faire lui-même ? Il pourrait peut-être utiliser son énergie plus efficacement, par exemple montrer plus d'assurance et aider à redresser la justice dans la mesure de ses moyens.

Finalement, autant que possible patient et thérapeute devraient, en collaboration, prendre une décision sur les **épreuves de réalité** pour tester les croyances. Les épreuves peuvent être sous forme de prévention de la réponse habituelle : dire non si ce qu'on demande au patient ne lui convient pas et voir si l'amitié en souffre ; accomplir quelque chose moins bien que parfaitement — par exemple tondre la pelouse en une heure, plutôt qu'en quatre, ou donner une copie du rapport que le patient écrivait à son chef, bien qu'il sache que ce n'est pas encore *parfait* — et noter si les résultats contredisent la croyance. Les

épreuves consistent à mettre en pratique des activités que les croyances ont empêché jusque-là : passer quelques soirées seul pendant une semaine et voir si c'est intenable ; prendre part à un match de tennis bien que le patient sache qu'il est moins bon que les autres et voir s'il est rejeté ; révéler son ignorance de quelque sujet si l'occasion se présente et voir s'il est méprisé et malheureux par la suite.

Ces épreuves sont, comme toujours, des expérimentations qui sont au préalable discutées, vécues en imagination et si possible répétées en jeu de rôle, avant leur exécution dans la réalité.

## Conclusion de la thérapie

Pendant les deux dernières séances, le thérapeute et le patient passent en revue les points principaux qui sont apparus au cours du traitement et essaient d'anticiper les difficultés possibles que le patient prévoit. Qu'est-ce que le patient peut faire si son humeur se détériore, s'il commence à se sentir plus fatigué que de coutume, si son sommeil est affecté ? L'important est que chaque patient utilise les techniques qui se sont avérées les plus efficaces pour lui. On conseille au patient de continuer à enregistrer ses pensées périodiquement, parce que la modification des pensées est une nouvelle technique qui, comme toute technique, doit être exercée pour renforcer l'apprentissage. Le thérapeute peut évoquer les situations-problèmes sous forme de jeux de rôle où le patient doit démontrer des méthodes pour leur faire face. Le thérapeute peut aussi jouer le rôle du patient lui-même quand il était déprimé et exprimer ses pensées automatiques typiques. Le patient joue alors le rôle du thérapeute ou lui-même non-déprimé et répond à ses pensées rationnellement. S'il n'y arrive pas bien, thérapeute et patient renversent les rôles, jusqu'à ce que les réponses rationnelles soient adéquates.

Le but du thérapeute est :

- de souligner au patient qu'il a appris des techniques qui sont maintenant à sa disposition ;
- de faire remarquer que les changements d'humeur sont normaux et ne signalent pas nécessairement une maladie dépressive ;
- de signaler les situations particulièrement vulnérables ;
- de répéter les techniques clés pour s'assurer de la compétence du patient.

## *Synthèse de la thérapie cognitive de la dépression*

### 1<sup>re</sup>-2<sup>e</sup> SÉANCES

Entretien diagnostique et analyse fonctionnelle des problèmes.

Explication de la thérapie cognitive.

**Tâches assignées :** lire *Faire face à la dépression*. Enregistrer les activités.

### 3<sup>e</sup> SÉANCE

Revue des symptômes.

Revue des plans d'activités (vérifier pour les omissions et les fausses représentations).

Commencer à démontrer le rapport entre les cognitions, le comportement et les émotions en se servant des expériences du patient.

**Tâches assignées :** enregistrement des activités évaluées pour maîtrise et plaisir. Prendre note des situations associées aux sentiments pénibles.

### 4<sup>e</sup> SÉANCE

Revue des tâches assignées. Identifier les pensées automatiques liées aux émotions de tristesse, d'anxiété, d'apathie ou de colère.

**Tâches assignées :** enregistrer les situations, émotions et pensées automatiques sur l'échelle d'auto-enregistrement.

### 5<sup>e</sup>-15<sup>e</sup> SÉANCES

Continuer à identifier et à changer les pensées automatiques.

Entraînement en techniques d'auto-contrôle : relaxation, affirmation de soi, système pour résoudre les problèmes.

**Tâches assignées :** compléter les échelles d'auto-enregistrement. Épreuves de réalité.

### 16<sup>e</sup>-18<sup>e</sup> SÉANCES

Identifier les croyances de base ou postulats silencieux et les mettre en question, en discussion et en épreuves de réalité.

**Tâches assignées :** évaluer les croyances de base. Épreuves de réalité.

### 19<sup>e</sup>-20<sup>e</sup> SÉANCES

Revue et répétition.

# psychothérapie cognitive : études de cas

I.M. BLACKBURN

Dans ce chapitre, nous donnons une description d'un cas dépressif typique, avec des extraits d'un entretien thérapeutique pour montrer le style et les méthodes de la thérapie cognitive et illustrer les techniques élaborées dans le chapitre précédent.

Nous montrerons aussi dans les études de cas les techniques adaptées pour des problèmes psychopathologiques particuliers à la dépression, tels que les pensées et les intentions suicidaires, l'indécision et la culpabilité.

Enfin, nous aborderons certains problèmes de procédure tels que le thérapeute cognitiviste pourrait en rencontrer au cours des séances.

## Cas typique complet

### HISTOIRE

Monsieur G. a 52 ans, il est professeur de collège, marié, avec deux enfants, une fille de 21 ans et un fils de 14 ans :

- diabète à l'âge de 12 ans ;
- 20 ans, dépression et anxiété liées à des échecs universitaires ;
- 30 ans, dépression majeure traitée avec des antidépresseurs ; les médicaments sont stoppés à cause des effets secondaires négatifs ; psychothérapie psychanalytique pendant trois mois ; groupe psychanalytique jusqu'à l'âge de 48 ans ;
- 48 ans, dépression majeure traitée à l'imipramine pendant neuf mois ;
- 51 ans, récurrence de dépression majeure avec : humeur triste ; variation diurne de l'humeur ; tension physique et psychique ; troubles du sommeil et de l'appétit, perte de la libido, sentiments de culpabilité, difficultés de concentration, pensées suicidaires.

SCORE SUR L'ÉCHELLE D'HAMILTON (VERSION DE 17 ITEMS) = 21

SCORE SUR L'ÉCHELLE DE BECK = 44

Au vu des effets secondaires des antidépresseurs dans les épisodes précédents, la thérapie cognitive est recommandée.

**Les problèmes identifiés à la première séance étaient :**

- difficultés à organiser sa journée. Ne sachant où commencer, il finit par ne rien faire ;
- sentiments de culpabilité et de désespoir, désir de mourir ;
- insatisfaction avec ce qu'il a accompli. Pense qu'il ne fait pas ce qu'il devrait faire ;
- pense qu'il est incompetent dans tous les aspects de sa vie, dans son rôle d'époux, de père, de fils et de professionnel ;
- manque de plaisir et insatisfaction générale.

TÂCHES ASSIGNÉES

Les tâches sont les suivantes :

- enregistrer ses activités quotidiennes heure par heure sur le plan des activités pour recueillir des données à discuter à la prochaine séance ;
- lire *Faire face à la dépression*.

*Conceptualisation*

M.G. a une *perception négative de lui-même* parce qu'il est diabétique et qu'il pense manquer des qualités nécessaires pour accomplir les buts qui lui sont chers.

Il a une *perception négative de son environnement* parce qu'il perçoit les demandes de sa famille et de son groupe social comme des obstacles qui l'empêchent de réaliser ce qu'il désire.

Il a une *perception négative de son avenir*, parce qu'il envisage que sa condition diabétique s'empirera et que ses buts deviendront de plus en plus inaccessibles.

Les événements clés qui ont généralement précipité ses dépressions sont des sentiments d'échec — dans sa carrière universitaire, dans ses aspirations de poète, dans sa carrière professionnelle.

PROBLÈME CENTRAL

M.G. a un besoin d'autonomie, de réussite et de liberté qui est frustré par sa mauvaise santé physique, sa dépendance des médecins et des thérapeutes et par son manque de confiance en lui-même. À la question : « Si vous aviez un bâton magique, qu'est-ce que vous vous seriez accordé? », il répond « J'aimerais tout quitter, être seul sur un rocher entouré par la mer, et pouvoir faire ce que j'aimerais faire ».

## 2<sup>e</sup> séance

### REVUE DES TÂCHES ASSIGNÉES

M.G. avait passé beaucoup de temps en introspection et son manque d'activités avait aggravé ses sentiments de culpabilité et de désespoir. Thérapeute et patient programment les jours à venir, en prenant soin d'inclure des activités agréables, aussi bien que les activités professionnelles et domestiques nécessaires.

Deux pensées automatiques sont identifiées et examinées pendant cette séance :

– *manque de plaisir* : une discussion s'ensuit sur son manque de plaisir à partir de la pensée automatique : « *Je n'ai pas la capacité de prendre plaisir à quoi que ce soit* »;

Conclusion : l'étiquette que le patient adopte l'empêche d'obtenir la satisfaction qu'il désire. Pendant la semaine à venir, il essaiera de se garder de toute prédiction avant de s'engager dans une activité.

– « *Je suis un père incompetent* » : l'évidence pour et contre.

### TÂCHES ASSIGNÉES

Les tâches sont les suivantes :

- enregistrement des activités cotées pour maîtrise et plaisir;
- discuter avec sa fille, en révélant ses pensées négatives au sujet de ses relations avec elle et vérifier ce qu'elle pense elle-même.

## 3<sup>e</sup> séance

### REVUE DES TÂCHES ASSIGNÉES

Amélioration du niveau d'activité et scores moyens pour la maîtrise, mais une moyenne de 0 pour le plaisir. Sa fille avait réagi très positivement et les évaluations de son père étaient diamétralement opposées aux siennes.

– Pensée automatique : « *Je suis inférieur et déficient à cause de mon diabète* ».

– Discussion des critères trop élevés, des inférences arbitraires au sujet de sa performance et surtout de sa tendance à amplifier ses défauts et à minimiser ses qualités et ses accomplissements. Ses auto-évaluations sont opposées aux évaluations positives des autres.

### TÂCHES ASSIGNÉES

Les tâches sont les suivantes :

- continuer l'enregistrement des activités et coter pour maîtrise et plaisir;
- prendre note sur l'échelle d'autoenregistrement de Beck des auto-évaluations négatives et positives.

4<sup>e</sup> séance

Entretien avec le professeur Beck qui était en visite. Des extraits de cet entretien, avec commentaires, sont exposés dans les lignes qui suivent.

## ENTRETIEN À LA QUATRIÈME SÉANCE

T. : *Je suis content que vous soyez venu me voir aujourd'hui.*

M.G. : *Merci de me voir.*

T. : *Quels problèmes voudriez-vous discuter aujourd'hui ?*

(Pour établir un ordre du jour.)

M.G. : *Eh bien, ce que j'ai discuté avec le docteur B. récemment avait trait aux évaluations positives ou négatives des gens et du monde extérieur en relation avec mes auto-évaluations négatives.*

T. : *Bien. Une des choses que vous voudriez discuter serait vos auto-évaluations négatives...*

M.G. : *Oui.*

T. : *Et les évaluations positives. Quels autres aspects de votre vie vous causent des problèmes en ce moment ?*

M.G. : *Eh bien, cette question évoque toute une confusion de choses... hum... Je pense que c'est compliqué du fait que je suis diabétique et je trouve difficile à déterminer si ce que je ressens est d'origine physique ou émotionnel ou un résultat des événements. Donc parfois, quand je me sens très mal et que je ne sais pas pourquoi, je suis sûr que c'est émotionnel, c'est-à-dire dû à mes perceptions et aux événements. À d'autres occasions, je pense que ce que je ressens est dû à ma biologie anormale.*

T. : *Bien. Quand vous avez ces sensations, qu'elles soient biologiques ou psychologiques, est-ce que vous essayez de les comprendre ?*

M.G. : *Vous voulez dire, est-ce que j'essaie de les expliquer ?*

T. : *Oui ; qu'est-ce que vous pensez à leur sujet ?*

(Cherche à identifier les pensées automatiques.)

M.G. : *Oui, j'essaie de comprendre ce qui se passe, pourquoi je ressens ce que je ressens. Je tourne en rond. Souvent je pense qu'il y a quelque chose d'anormal dans la façon dont je perçois les choses et dans ma façon de penser. Mes sentiments ne sont pas en proportion avec ce que je pense. Parfois ces sentiments sont intolérables — jusqu'au point où je ne veux plus rien ressentir — et...*

T. : *À ce point, quand vous ne voulez plus rien ressentir, qu'est-ce qui vous passe à l'esprit ?*

(Alarme de possibilité de pensées ou d'intentions suicidaires.)

M.G. : *Eh bien, je suis arrivé au point où j'ai pensé tout finir, juste en... Il y a deux manières que je pourrais le faire. Je pourrais monter dans un train et partir, disparaître, et laisser derrière moi une vie que je trouve intolérable, les*

*gens qui font partie de cette vie et tout le reste, tout ce qui contribue à ce désordre intolérable. L'autre solution est ce que j'ai eu parfois peur de faire, c'est de traverser le terre-plein quand je conduis ma voiture sur l'autoroute, quelque chose comme ça.*

*T. : Alors les pensées que vous avez eues ont été soit d'abandonner votre vie actuelle soit de vous tuer ?*

*M.G. : Oui... (larmes aux yeux).*

*T. : Vous dites que vous trouvez votre vie intolérable. Vous voulez dire votre vie intérieure ou les conditions extérieures de votre vie ?*

*M.G. : Hum... Les deux vraiment. Du point de vue de ma vie intérieure, ce qui est intolérable, ce sont mes sentiments de désespoir, de panique, d'être malade, de ne valoir rien. Extérieurement, il y a le sentiment que je ne réussis pas — dans ma famille, mon travail — et mes autres relations interpersonnelles. Je ne réussis pas non plus à faire quelque chose de ma vie — c'est-à-dire produire quelque chose ou créer quelque chose. Quand je pense à tout cela, je me sens désespéré.*

(Les questions directes ont amené le patient à faire une liste de toutes les pensées qui causent son sentiment de désespoir.)

*T. : Ce que vous m'avez dit jusqu'à maintenant c'est que vous avez beaucoup réfléchi sur les évaluations positives et négatives de vous-même; que vos émotions parfois dépassent les événements; que vous ne savez pas si vous devez attribuer ce que vous ressentez à des causes biologiques ou psychologiques; parfois tout paraît tellement intolérable que vous pensez à tout quitter ou à vous suicider; et finalement vous avez dit que vous êtes déçu de n'avoir pas atteint vos buts dans votre vie privée et votre vie professionnelle. Est-ce que c'est un résumé exact de ce que vous m'avez dit jusqu'à maintenant ?*

(Le thérapeute cognitiviste fait périodiquement un résumé des communications du patient pour faciliter la résolution des problèmes, pour définir les problèmes en composantes maîtrisables, et pour démontrer son attention et sa compréhension.)

*M.G. : Oui.*

*T. : J'ai oublié quelque chose ?*

*M.G. : Ce n'est pas juste ma vie professionnelle. C'est aussi ce que j'appellerais ma vie créative, qui n'est pas liée à ma vie professionnelle.*

*T. : En quoi consiste votre vie créative ?*

*M.G. : Eh bien, j'écris... des poèmes et je n'ai rien fait avec. Parfois je me sens coupable et frustré. J'ai tué mon talent tel qu'il est. Je ne pense pas que c'est un grand talent, mais je l'ai enterré malgré tout. Je me sens mal quand j'y pense.*

*T. : Y a-t-il d'autres aspects de votre vie où vous vous sentez déçu, où vous avez besoin d'aide ?*

*M.G. : Eh bien, il y a ma santé, en général. J'ai toujours l'impression que je ne m'en occupe pas assez bien. Je ne comprends pas clairement ce que je perçois ou ce que je ressens dans ce domaine... Je veux dire que je me sens comme un*

raté diabétique et je ne me soigne pas très bien. Cependant, ce n'est pas l'information que je reçois du monde extérieur, alors je ne sais plus quoi penser.

T. : Bien; alors les sujets que nous pourrions discuter aujourd'hui ont trait à vos auto-évaluations et les évaluations positives et négatives des autres; vos émotions en général, si elles sont dues à des causes biologiques ou psychologiques et leur effet sur vous. Un sujet important est le désespoir qui est présent dans beaucoup de vos pensées; ensuite, il y a le sentiment que vous n'avez pas atteint certains de vos buts dans la vie, dans votre famille, votre profession et votre créativité.

Lequel de ces sujets vous paraît le plus important?

(Le thérapeute fait une synthèse des différents thèmes et encourage la collaboration en donnant le choix du sujet à discuter avec le patient.)

M.G. : Hum... dans un sens l'aspect santé est le plus important, car c'est à la base — au moins d'après moi — des autres problèmes. Hum... et je trouve ça surprenant, mais mon côté créatif est ce qui me cause le plus de peine. Le sentiment que je n'ai pas réussi dans un domaine où je pense que je pourrais exercer quelque contrôle. Je veux dire que je ne peux pas contrôler mes relations interpersonnelles car d'autres personnes sont impliquées et de même au travail, il y a d'autres personnes et d'autres facteurs; mais dans le domaine de la créativité, je pense que j'ai ou que je devrais avoir plus de maîtrise et donc je suis proportionnellement plus responsable pour le manque de réussite.

T. : Et là vous parlez spécifiquement de votre poésie?

M.G. : Oui.

T. : Et vous pensez que vous devriez être capable de maîtriser le niveau de votre créativité? Et si non que vous êtes déficient?

M.G. : C'est pas tellement la quantité ou la qualité de ma créativité, c'est plutôt que je devrais l'honorer ou en prendre soin ou, en d'autres mots, en faire quelque chose. Le nombre de poèmes peut diminuer ou augmenter du fait d'autres facteurs qui ne sont pas évidents, mais c'est pas ça le problème. Le problème est de savoir ce que je fais des fruits de ma créativité — si je continue à y travailler. C'est comme si on me faisait le cadeau du noyau d'un poème, ou de la matière brute d'un poème, et que je ne faisais rien pour le polir et le raffiner — et je n'essaie pas de le montrer ou de l'offrir au public.

T. : Je vois. Alors vous avez écrit des poèmes?

M.G. : Oui.

T. : Mais vous n'avez pas essayé de les publier?

M.G. : Exactement.

T. : Et il paraît qu'il y a un pas entre la composition du poème et le travail final avant la publication...

M.G. : Oui.

T. : Et c'est là que vous vous sentez bloqué?

M.G. : Oui.

T. : Et puisque vous n'arrivez pas à le franchir, vous vous critiquez sévèrement?

M.G. : *Oui.*

T. : *Il y a peut-être des facteurs internes qui vous empêchent de faire ce dernier pas ? Vous avez une idée de ce que ça peut être ?*

(Le thérapeute essaie d'identifier les pensées automatiques qui bloquent le comportement.)

M.G. : *Eh bien, au fond il y a une attente d'insuccès.*

T. : *Bien. Parce que vous avez peur de l'échec, vous ne voulez pas courir le risque. C'est exact ?*

M.G. : *Oui, ce serait une affirmation...*

T. : *... que vous êtes un raté ?*

M.G. : *De ce que je suis, de ce que je pense que je suis.*

T. : *Donc, d'un côté vous pensez que vous avez une aptitude créatrice, et de l'autre vous craignez que ce ne soit pas vrai. Si vous vous révélez, vous seriez découvert comme un imposteur ou un raté, au moins à vos yeux, si ce n'est pas à ceux des autres ?*

M.G. : *Pas découvert, mais confirmé.*

T. : *Bien. Confirmé comme imposteur et raté.*

M.G. : *Je veux dire que ça ne m'étonnerait pas.*

T. : *Bien. Prenons la pire des éventualités, ce qui ne veut pas dire que c'est ce que je pense, que vous n'avez pas en réalité l'aptitude d'un poète. Adoptons cette hypothèse, si vous êtes d'accord ? Pourquoi seriez-vous un raté, si vous n'êtes pas doué comme poète ?*

M.G. : *Parce que je ne suis rien d'autre.*

T. : *Bien. Donc une de vos hypothèses de base est que : si vous n'avez pas de succès comme poète, vous n'avez rien d'autre et vous êtes un incapable dans tous les domaines.*

M.G. : *Oui, c'est ça.*

T. : *Examinons ce que vous avez dit. Prenons votre vie en général. À partir de ce que vous dites, il paraît que le reste de votre vie est complètement vide, et que la seule façon de vous affirmer est de faire un succès de votre créativité poétique. Vous ne pouvez pas aller jusqu'au bout de cette activité, parce que votre insuccès dans ce domaine pourrait être confirmé, ne vous laissant alors aucune possibilité de succès. Alors vous ne poursuivez pas cet effort et vous vous étiquetez toujours « raté » parce que vous n'avez pas franchi ce dernier pas. C'est exact ?*

M.G. : *Oui.*

T. : *Ça vous paraît raisonnable ?*

M.G. : *Maintenant que vous me faites réfléchir, je comprends mieux les événements qui m'ont amené à être ici. C'est plus clair maintenant. J'étais le membre fondateur des « Écrivains de F... », c'est la petite ville où j'habite. J'avais trouvé les relations interpersonnelles difficiles dans le club. Mais l'événement clé a été quand nous avons invité un poète à succès pour écouter et critiquer des extraits de prose ou de poésie que nous avions écrits. Je l'avais connu à l'école bien qu'il ait deux ans de moins que moi. Bien que sa critique de mes poèmes ait été assez positive, il m'a dit qu'il les trouvait très*

*inaccessibles, que je ne donnais pas assez de points de repère pour que les gens comprennent le sens, et que le « je » qui apparaissait dans les poèmes était distant et manquait d'authenticité. Ça m'a tellement perturbé que j'ai fait une dépression. Je me suis retrouvé à l'hôpital et sous antidépresseurs pendant deux ans.*

T. : *Je vois. Si j'ai bien compris, il vous a fait quelques critiques sur vos écrits que vous avez interprétées comme voulant dire qu'ils ne valaient rien.*

M.G. : *Oui.*

T. : *Y a-t-il d'autres interprétations que vous pourriez faire ?*

M.G. : *Qu'il n'avait pas compris mes poèmes ?*

T. : *Oui, ou qu'il n'avait pas raison. Y a-t-il d'autres interprétations possibles ?*

(Méthode classique pour changer les pensées automatiques en examinant toutes les interprétations possibles.)

M.G. : *Hum... mes relations avec lui étaient compliquées depuis longtemps.*

T. : *Euh... Mettons, par exemple, que je présente un de mes articles à quelqu'un pour une opinion et qu'il me dit que c'est trop introspectif et trop abstrait pour accrocher le lecteur, ainsi de suite. Qu'est-ce que vous pensez que je devrais faire ? Vous pensez que je devrais décider que je suis un raté et que je devrais vouloir me suicider ?*

M.G. : *Eh bien, il y a toutes sortes d'autres réactions.*

T. : *Oui, par exemple, c'est peut-être une critique constructive.*

M.G. : *Oui, en fait je pense qu'il voulait être instructif et constructif.*

T. : *Voilà. Il aurait pu avoir raison ou avoir tort, mais mettons qu'il avait raison, cela ne veut pas dire que vous êtes un raté, oui ? Ce que ça veut dire, comme vous le disiez, c'est qu'il y a des retouches et des modifications qui rendraient le poème plus accessible.*

M.G. : *Je ne sais pas comment faire ça*

T. : *Peut-être que vous avez besoin de l'aide d'un autre critique...*

M.G. : *Ce n'est pas que je n'ai pas les techniques nécessaires, mais je ne sais pas ce que les gens apprécient.*

(Le thérapeute fait des commentaires sur la controverse ayant trait à l'art et au public et souligne que ce qui est important c'est que, pour une raison ou une autre, le patient a choisi la poésie comme le pilier de sa valeur personnelle.)

T. : *Alors, peut-être que nous devrions discuter les autres aspects de votre vie et voir pourquoi être un poète à succès est devenu si important pour vous. Vous avez dit que dans votre vie de famille vous n'avez pas bien réussi. Est-ce vrai ?*

M.G. : *Mes relations avec ma femme ont toujours été difficiles et peu satisfaisantes — un mélange d'affection et de regret de la vie difficile que je lui donne.*

T. : *Vous lui rendez la vie difficile ? Comment ?*

M.G. : *Oui, je suis souvent malade ou je pense que je suis malade — si ce n'est pas le diabète, c'est la dépression ou quelque chose d'autre — je ne suis pas content de notre vie ensemble et je pense que je ne lui donne pas assez.*

T. : *C'est ce qu'elle vous dit ?*

M.G. : *Non pas vraiment. Elle a l'air heureuse, mais je crains qu'elle refoule ses émotions. Elle ne tient pas compte des choses qu'elle ne veut pas voir.*

T. : *Alors vous essayez de l'analyser et vous arrivez à la conclusion que sa vie est pire qu'elle ne le pense ?*

(Thérapeute et patient sourient à ce point d'humour. Le patient décrit alors un incident qu'il avait noté la semaine précédente — comment sa femme avait effectué un commentaire négatif au sujet d'une autre personne et comment il s'est senti menacé.)

T. : *Si elle n'approuve pas quelqu'un d'autre, cela veut dire qu'elle ne doit pas vous approuver non plus ?*

M.G. : *Je crains qu'elle ne découvre un jour que je suis vraiment comme ces personnes qu'elle n'approuve pas. Elle ne le sait pas encore, mais quand elle le saura elle me rejettera.*

T. : *Je vois. Vous croyez mieux savoir qu'elle ce qu'elle pense elle-même, qu'elle devrait vous mettre dans la même classe que ces personnes qu'elle rejette ?*

(Le thérapeute explique le processus qu'il a repéré : le patient pense que ses auto-évaluations négatives sont correctes ; donc, si quelqu'un exprime des opinions positives à son égard, il doit avoir tort. Alors, le patient doit essayer de corriger les évaluations erronées des autres pour qu'ils le perçoivent correctement, voir négativement.)

T. : *Bien. Il y a d'autres possibilités, n'est-ce pas ? Vous les voyez ?*

*Malgré votre superbe confiance en vos auto-évaluations négatives, c'est votre femme qui a raison et vos jugements sont erronés, étant influencés par votre dépression.*

(Le patient accepte la possibilité et dit que ça expliquerait beaucoup de choses — il donne des exemples concrets des évaluations positives de sa femme à son égard.)

T. : *Alors, là, vous vous trouvez devant un dilemme. Si vous recevez un jugement positif, vous le rejetez comme faux. Ces jugements positifs viennent de l'extérieur, n'est-ce pas ? Les jugements négatifs viennent de l'intérieur. Alors vous avez deux choix : soit vous pouvez changer le monde extérieur et changer tout ce qui est positif en négatif, soit vous pouvez changer ce qui est intérieur, vos jugements... Je vois que cela vous cause de la peine.*

(Le patient se met à pleurer.)

M.G. : *Oui.*

T. : *Vous tenez probablement à cette façon de voir les choses.*

M.G. : *Mais, je ne comprends pas pourquoi. Je ne peux pas... C'est de la folie. Oui, voilà, je suis fou.*

T. : *Mais ça ne veut pas dire que vous êtes fou si vous avez des attitudes erronées. Mais il y a deux possibilités : soit vos croyances sont erronées, soit le monde extérieur est détraqué. Alors nous pouvons ou réorganiser le monde exté-*

rieur pour le rendre compatible avec vos croyances ou nous pouvons réorganiser vos croyances pour les rendre plus compatibles avec le monde extérieur...

*Voyons quelle solution vous rendrait le plus heureux. Qu'est-ce qui vous fait vous sentir mieux, que votre femme a raison et que vous avez beaucoup de qualités ou qu'elle a tort et que vous êtes une personne piteuse ?*

(Le thérapeute souligne alors les exemples donnés par le patient démontrant sa tendance aux interprétations négatives et à rejeter ce qui n'est pas compatible avec ses propres attitudes : ses inférences arbitraires après les critiques de ses poèmes, ses communications avec sa femme, son évaluation de sa santé. Il remarque qu'il y a peut-être des expériences dans sa vie, par exemple liées au diabète qu'il a développé depuis l'âge de douze ans, qui l'ont conditionné à voir les choses en blanc et noir. Monsieur G. relate l'expérience de son enfance quand un pasteur lui a parlé du diabète en termes lugubres, lui expliquant que c'était un état sérieux et incurable et pourquoi il faudrait qu'il s'en occupe soigneusement. Dès ce jour, Monsieur G. a développé un sentiment aigu de responsabilité et un destin menaçant. Il a aussi la conception d'un Dieu sévère, coléreux et jaloux, et il ne peut pas comprendre la conception de la bonté et de la grâce de Dieu. Le thérapeute signale que c'est un autre exemple du processus mental qui le fait rejeter tout ce qui est positif. Finalement, le thérapeute examine le sens exagéré des responsabilités pour les événements négatifs.)

T. : *La responsabilité individuelle est très importante pour VOUS. Si vous examinez tout ce que vous m'avez dit aujourd'hui, vous verrez que vous avez l'air d'être responsable de tout, excepté pour les choses positives : le diabète, vos humeurs tristes, les désaccords dans votre ménage, les poèmes que vous n'avez pas finis : tout ce qui est négatif, enfin. En revanche, tout ce qui est positif, par exemple vos attentions pour votre beau-père, le succès de vos enfants, le bonheur de votre épouse, tout cela n'a, on dirait, rien à faire avec vous.*

M.G. : *Je ne comprends pas mes émotions...*

(Il pleure.)

T. : *Qu'est-ce qui vous passe à l'esprit à cet instant même quand vous avez commencé à pleurer ?*

M.G. : *L'espoir.*

T. : *Quelle était la pensée même ?*

M.G. : *L'espoir que ce que vous dites est vrai et la crainte d'être déçu.*

T. : *Et vous ne pouvez pas supporter d'être encore déçu ? C'est pourquoi vous êtes triste ?*

M.G. : *Oui.*

(Le thérapeute termine l'entretien en disant que pour le moment ce n'est pas nécessaire de se fier à l'espoir seulement. M.G. pourrait voir son traitement comme une aventure où avec l'aide du thérapeute, il chercherait à voir les choses d'une autre façon pour arriver à de nouvelles attitudes. Le thérapeute juge que pour ce patient, il serait

important d'adopter une approche pratique, centrée sur les problèmes et leur résolution.)

T. : *Vous seriez d'accord pour essayer, avec le thérapeute, d'examiner un peu plus profondément dans les séances prochaines les points que nous avons relevés aujourd'hui, votre tendance à rejeter les aspects positifs, votre sens des responsabilités pour le négatif et l'habitude de changer tout plaisir en déplaisir ?*

M.G. : *Je veux bien essayer.*

T. : *J'aurais aimé savoir qu'est-ce que vous avez retenu de notre entretien aujourd'hui et quels sont vos sentiments ?*

M.G. : *Eh bien, tout n'est pas clair encore, mais certaines structures sortent du brouillard, c'est une image qui me vient à l'esprit, j'ai pris conscience de comment je tue le plaisir. Je n'ai jamais pu comprendre pourquoi je fais des choses que je sais être agréables et pourquoi je n'en tire aucun plaisir malgré tout.*

T. : *Oui, c'est là le problème fondamental. Alors, comme entraînement, pour commencer à corriger ça, peut-être que vous pourriez prendre note de vos activités agréables pendant la semaine et, si vous n'en tirez aucun plaisir, essayez de noter les pensées qui vous passe à l'esprit au moment même, les pensées qui gâchent votre plaisir. Vous êtes d'accord ?*

**Tâche assignée :** noter les pensées automatiques qui changent les activités potentiellement agréables en activités désagréables.

### *5<sup>e</sup>-12<sup>e</sup> séances*

Le travail au cours de ces séances s'est focalisé sur l'identification des buts que Monsieur G. voudrait accomplir : ceux-ci avaient trait à son rôle de professeur ; sa poésie, joindre un club pour poètes ; organiser son temps plus fructueusement, passer plus de temps avec son fils et discuter ses sentiments et ses aspirations plus intimement avec sa femme.

Les principales pensées automatiques identifiées pendant ces séances ou en tâches assignées étaient :

- « Si je suis malade, c'est ma faute » ;
- « Je suis incompetent » ;
- « Si j'exprime des sentiments négatifs envers les gens, ils m'abandonneront » ;
- « Je ne mérite pas d'être heureux ».

### *Fin de la 12<sup>e</sup> séance*

À ce stade du traitement, M.G. se sentait bien mieux : il avait institué de nouvelles procédures dans son travail qui étaient très réussies et avaient été appréciées de tous. Depuis qu'il avait commencé à organiser sa semaine plus systématiquement, sa créativité poétique était beaucoup plus satisfaisante qu'avant. Il avait joint un groupe d'écrivains et de poètes et se préparait à publier un livret de ses poèmes. Ses relations avec sa famille s'étaient aussi améliorées.

## PROBLÈMES RÉSIDUELS

- Il trouve toujours difficile d'accepter les évaluations positives des autres. Presque comme un réflexe, il pleure à chaque fois qu'on lui fait un compliment.
- Manque de confiance en l'évolution de son progrès.

**Scores sur l'échelle de Hamilton = 10; sur l'échelle de Beck = 14**

### 13<sup>e</sup>-15<sup>e</sup> séances

*La croyance de base* qui avait été identifiée à travers les pensées automatiques était : « Le diabète est une imperfection. Parce que je suis diabétique, donc inférieur, je dois tout faire mieux que les autres pour affirmer ma valeur personnelle ».

## MÉTHODES DE MODIFICATION

– *Définir* imperfection-perfection. Est-ce une conception qui existe dans la réalité? Appellerait-il tout autre diabétique, ou toute autre personne malade, inférieur?

– *Exposer les contradictions*: Si d'après ses propres définitions, une personne qui n'est pas diabétique ou malade a une valeur évidente, est-ce que cela voudrait dire que cette personne a une valeur incontestable, quoi qu'elle fasse ou accomplisse?

Peut-il vraiment *tout* faire mieux que les autres? Quels sont ses qualités et ses défauts? Y a-t-il certaines activités qu'il fait bien, mieux que d'autres individus qu'il respecte?

– *Bilan des avantages et des désavantages*.

### 16<sup>e</sup>-17<sup>e</sup> séances

**Fin de thérapie : score sur l'échelle d'Hamilton = 7; score sur l'échelle de Beck = 10**

Revue des points principaux qui sont apparus pendant le traitement. Continuer à corriger les évaluations négatives.

**Post-cure** : séances tous les deux mois.

## Problèmes particuliers

### *Techniques cognitives face au patient suicidaire*

Mademoiselle R. est une infirmière en formation qui a subi une dépression sévère pendant sa deuxième année de formation qui a nécessité son admission à l'hôpital. Après une admission de six mois, elle a repris ses études mais elle a été forcée de les abandonner une deuxième fois à cause d'une recrudescence de sa dépression. Après une sérieuse tentative de suicide, elle est traitée en ambulatoire dans un cadre hospitalier avec la thérapie cognitive.

Elle ne pense qu'au suicide, disant : « Ma vie ne sert à rien. Je n'apporte que de la peine à mes parents ; ma carrière est ruinée ; je déçois tous ceux qui essaie de m'aider ».

## STRATÉGIE

Le thérapeute cognitiviste pose des questions directes et spécifiques, et il doit être encore plus actif, directif et engagé que de coutume, parce que le temps pour arriver à la résolution du problème est limité.

## ÉVALUATION DE L'INTENTION SUICIDAIRE

Le thérapeute évalue les intentions suicidaires en déterminant la force de l'intention, la fréquence des pensées suicidaires, le risque et la présence de soutien social. Il veut savoir si le patient a déjà fait des plans, si les plans sont déjà bien formulés et s'ils peuvent être mortels. Il peut aussi se servir d'échelles d'évaluation, telle que l'échelle du désespoir (Beck et coll., 1974) et l'échelle d'intention suicidaire (Beck et coll., 1973).

M<sup>lle</sup> R. avait des plans arrêtés. Elle avait stocké des antidépresseurs et elle comptait prendre un train pour n'importe où, s'installer dans une chambre d'hôtel et prendre une « overdose » d'antidépresseurs.

## EXPLORATION DES MOTIFS

Ceux-ci pourraient être :

- des raisons objectives, par exemple la présence de problèmes insurmontables ;
- le désespoir quand le patient est piégé dans un système cognitif sans issue ;
- le désir de manipuler son environnement, par exemple pour attirer l'attention, pour tester l'affection d'une personne aimée ou pour se venger.

M<sup>lle</sup> R. voulait se suicider parce qu'elle était désespérée : elle avait été déprimée pendant longtemps ; elle pensait qu'elle ne serait jamais infirmière comme elle l'avait toujours désiré ; elle avait déjà subi plusieurs traitements sans succès et ses parents étaient très inquiets à son sujet. La seule solution possible était le suicide.

## INTERVENTION THÉRAPEUTIQUE

Réponses aux pensées automatiques pour réduire le désespoir.

M<sup>lle</sup> R. : *Mes parents seront mieux sans moi, ils n'auront plus à se soucier.*

T. : *En êtes-vous sûre ? Essayez de vous mettre à leur place, si vous aviez un enfant malade qui vous causait beaucoup de souci, vous auriez préféré le voir mort ou vous préféreriez vous en occuper, malgré les soucis ?*

M<sup>lle</sup> R. : *Oui, mais ils ont toujours voulu que je fasse une carrière, et je ne serais jamais infirmière. Je les ai déçus.*

T. : *Oui, je suis sûre que vos parents ont dû vous encourager dans vos études. Mais finalement, dans quel but? Pour s'assurer que vous soyez heureuse et en sécurité ou seulement dans le but d'une carrière?*

M<sup>lle</sup> R. : *Ils disent qu'ils n'attachent aucune importance à la carrière, que tout ce qu'ils veulent, c'est de me voir heureuse.*

T. : *Eh bien, voilà. Vous ne les croyez pas?*

M<sup>lle</sup> R. : *Mon frère et ma sœur ont fait de brillantes carrières universitaires, et moi je ne serai jamais rien.*

T. : *C'est ce que vous dit votre boule de cristal? Écoutez, c'est vrai que vos études sont temporairement interrompues, mais quand vous serez mieux, quand nous aurons vaincu cette dépression, vous pourriez peut-être reprendre vos études d'infirmière ou faire quelque chose d'autre? Qu'est-ce que vous en pensez?*

Une discussion sur la thérapie cognitive s'ensuit. Le but du thérapeute est d'inspirer l'espoir pour offrir des possibilités de solution. Il est important de faire pencher la balance en faveur de vivre, au moins temporairement, pour gagner du temps jusqu'à ce que les intentions de suicide disparaissent.

#### FAIRE UNE LISTE DES POUR ET DES CONTRE

Le thérapeute demande à la patiente de faire une liste des avantages de vivre et de mourir en l'aidant par des questions, mais pas par des affirmations, à trouver les arguments pour vivre.

<i>Avantages de vivre</i>	<i>Avantages de mourir</i>
1) Au moins j'ai une chance de me remettre. 2) Je pourrais faire les choses que j'ai toujours voulu faire : travailler avec les enfants, voyager. 3) Si je suis morte, c'est vrai que je ne peux plus souffrir. Mais c'est aussi vrai que je ne peux non plus jouir de rien. 4) Mes parents n'auront pas à vivre avec le souvenir que leur fille s'est suicidée. 5) Ce sera plus décevant pour les médecins et les infirmières qui m'ont aidée si je me suicide que si je continue à travailler avec eux. 6) La mort est une solution finale et irrévocable. Je ne suis pas dans un état où je peux prendre une décision aussi importante.	1) Je ne souffrirai plus. 2) Je ne causerai plus de peine à personne. 3) Je n'aurai plus d'effort à faire.

Le thérapeute discute chaque point minutieusement.

#### CONTRAT THÉRAPEUTIQUE

La patiente a déjà l'expérience que l'état dépressif n'est pas stable, puisqu'elle a joui de remissions, même temporaires. Ce n'est pas raisonnable

de prendre une décision de vie et de mort dans un état dépressif, quand ses perceptions sont loin d'être réalistes comme elle le sait déjà. Le contrat consiste en une décision de suspendre toute décision importante temporairement jusqu'à ce que les symptômes dépressifs soient réduits.

Il est évidemment nécessaire parfois d'admettre le patient à l'hôpital pendant quelques jours pour le protéger si l'intention de suicide n'est pas assez ébranlée.

### *Techniques cognitives face au patient indécis*

Mme S. est une femme de 35 ans, avec deux jeunes enfants de 8 et 7 ans. Elle avait cessé de travailler après la naissance de ses enfants, mais avait repris son poste de directrice dans un bureau d'assurance depuis deux ans quand les enfants avaient commencé l'école. Elle est alors traitée pour une dépression majeure avec antidépresseurs et la thérapie cognitive.

Vers la fin du traitement, quand l'état dépressif était déjà réduit, elle exprime beaucoup d'anxiété au sujet de sa carrière. Elle n'arrive pas à décider si elle devrait recommencer à travailler. Son mari est banquier et ils n'ont pas vraiment besoin des revenus financiers que son travail apporte. En outre, ses parents, ses beaux-parents et ses amis, tous pensent qu'elle a fait une dépression parce qu'elle voulait trop faire, être femme de ménage, mère et de plus travailler à plein temps avec des heures irrégulières.

#### PENSÉES AUTOMATIQUES

Elles sont les suivantes : «Tout le monde pense que je suis injuste envers les enfants. Ils ont probablement raison, je devrais rester à la maison. Je ne sais pas quoi faire».

Avec l'aide du thérapeute, Mme S. arrive à quatre possibilités :

- reprendre son travail à plein temps ;
- reprendre son travail à mi-temps ;
- chercher un autre poste à mi-temps qui serait moins exigeant ;
- ne pas recommencer à travailler pour le moment.

#### INTERVENTION THÉRAPEUTIQUE

Pour arriver à une décision, elle est encouragée à peser les avantages et les désavantages de chaque solution et faire ainsi un choix rationnel. Il est aussi nécessaire d'examiner les pensées liées à la peur de prendre une décision — par exemple, en signalant que les décisions ne sont pas irrévocables. Souvent seulement l'expérience du vécu peut indiquer si la décision prise est bonne ou mauvaise et il n'existe probablement pas de décision parfaite, chaque décision ayant ses avantages et ses désavantages et, finalement, c'est la balance entre les avantages et les désavantages qui compte.

L'exemple qui suit démontre comment Mme S. est arrivée à prendre une décision.

• **1<sup>re</sup> solution : reprendre son travail à plein temps**

<i>Pour</i>	<i>Contre</i>
<p>1) C'est un travail qui me plaît à cause de la responsabilité (80 %).</p> <p>2) Je connais ce travail et je peux le faire bien (80 %).</p> <p>3) Si je fais une autre dépression mon chef est très sympathique et il me laisserait m'absenter sans aucun problème (100 %).</p> <p>4) J'avais un beau salaire qui me donnait un sentiment d'indépendance (20 %).</p> <p>+ 280 %</p>	<p>1) Ce n'était jamais des heures de bureau, de sorte que je ne pouvais jamais prédire quand j'allais rentrer chez moi et il fallait que j'emporte du travail à la maison (100 %).</p> <p>2) Je risque de retomber malade (100 %).</p> <p>3) Ce n'est pas juste pour les enfants de ne pas passer plus de temps avec eux (100 %).</p> <p>- 300 %</p>

Cette solution est, en général, plus désavantageuse qu'avantageuse.

• **2<sup>e</sup> solution : reprendre le même travail à mi-temps**

<i>Pour</i>	<i>Contre</i>
<p>1) J'aurais plus de temps libre à donner aux enfants (100 %).</p> <p>2) Comme je n'ai pas besoin des revenus de toute façon, les salaires à mi-temps me donneraient quand même un sentiment d'indépendance (20 %).</p> <p>3) Ce serait moins de stress et je me sentirais mieux (100 %).</p> <p>4) Je pourrais recommencer à plein temps quand les enfants auront grandi (100 %).</p> <p>+ 320 %</p>	<p>1) Je n'aurais plus la responsabilité qui me donne beaucoup de satisfaction (80 %).</p> <p>2) C'est difficile de commencer à mi-temps dans le même travail, vu ce que les collègues attendent de vous. Je risque de faire le même travail pour moins d'argent (80 %).</p> <p>- 160 %</p>

Cette solution a plus d'avantages que de désavantages. On la garde.

• **3<sup>e</sup> solution : chercher un autre poste moins exigeant à mi-temps**

<i>Pour</i>	<i>Contre</i>
<p>1) Les heures seront régulières et j'aurais plus de temps libre (100 %).</p> <p>2) Ce serait moins intéressant, mais j'aurais quand même quelques heures en dehors de la maison (60 %).</p> <p>3) Ça plaira à mon mari (50 %).</p> <p>4) Moins de stress est meilleur pour ma santé (100 %).</p> <p>+ 310 %</p>	<p>1) Il vaut mieux un danger qu'on connaît qu'un danger qu'on ne connaît pas. Un nouveau poste pourrait poser toutes sortes de problèmes (80 %).</p> <p>2) Je trouve qu'un travail routinier est une vraie corvée (80 %).</p> <p>3) Salaire médiocre (20 %).</p> <p>- 180 %</p>

Cette solution est aussi plus avantageuse. On la garde.

• 4<sup>e</sup> solution : ne pas recommencer à travailler pour le moment

<i>Pour</i>	<i>Contre</i>
1) J'aurais tout le temps qu'il me faut avec les enfants (100 %).	1) Un travail intéressant me manquerait beaucoup (100 %).
2) Je pourrais me servir du temps à la maison pour étudier quelque chose, une autre langue ou le droit (30 %).	2) Je m'ennuierais (50 %).
3) J'aurais plus de temps pour mes loisirs : jardinage, cuisine, amies (20 %).	3) J'éprouverais du ressentiment (50 %).
4) Mon mari, mes parents et beaux-parents approuveraient (50 %).	4) Dans neuf ans, quand les enfants auront grandi, je serais trop vieille et aucun employeur ne voudra de moi (20 %).
5) Ce serait peut-être un bénéfice pour ma santé (100 %).	
+ 300 %	- 220 %

De même cette solution a plus d'avantages que de désavantages.

À la fin de ce travail, Mme S. a comme bilan :

- reprendre le travail à plein temps est défavorable : - 20 % ;
- reprendre le travail à mi-temps est favorable : + 160 % ;
- chercher un autre travail à mi-temps est favorable : + 130 % ;
- ne pas recommencer à travailler est favorable : 80 %.

Donc, tout compte fait, Mme S. a repris son travail à mi-temps. Cette façon systématique d'aborder son problème avait réduit son niveau d'anxiété et elle était prête à envisager sa décision comme une expérimentation, la meilleure qu'elle pouvait faire à ce moment donné.

*Techniques cognitives face au patient qui se blâme excessivement*

Les patients déprimés se sentent souvent coupables et responsables pour les événements négatifs pour lesquels ils se blâment. En revanche, ils n'assument pas la responsabilité pour les événements agréables. Les cas de Mme G. et de Mme R. l'ont déjà démontré.

Le thérapeute cognitiviste utilise plusieurs des techniques que nous avons décrites dans le chapitre précédent pour raisonner contre les pensées de culpabilité et pour les vérifier dans la réalité.

Mme A. est une patiente de 44 ans, secrétaire de bureau, qui souffre d'un second épisode de dépression majeure. Elle se sent coupable parce qu'elle est malade, parce que son fils de 14 ans a échoué à ses examens de fin d'année, parce qu'elle a dû s'absenter de son bureau quand ses collègues étaient déjà surchargés par la quantité de travail. Les extraits qui suivent donnent une illustration des principales interventions cognitives, notamment la réattribution, la répartition de la responsabilité et les épreuves de réalité.

T. : *La culpabilité implique que quelqu'un a commis un crime dans le sens du Code civil ou un péché dans le sens du code religieux — par exemple, quelqu'un est coupable, s'il commet un meurtre ou un vol, etc. Autrement dit, il faut qu'il y ait responsabilité et un acte. Imaginer qu'on vole une banque à main armée n'est pas un crime, n'est-ce pas? Vous acceptez cette définition?*

Mme A. : *Oui, c'est exact.*

T. : *Dans votre cas, vous êtes « coupable parce que vous êtes malade, parce que votre fils rate ses examens et parce que vos collègues sont très occupés sans votre aide ». Vous pensez que vous êtes coupable de la même manière que le voleur de banque?*

Mme A. : *Non, pas de la même manière, mais c'est quand même de ma faute.*

T. : *Prenons votre dépression comme exemple. Vous avez choisi d'être déprimée?*

Mme A. : *Bien sûr que non.*

T. : *Vous avez en fait tout fait pour essayer de vous guérir, pour continuer à travailler?*

Mme A. : *Oui, mais je n'ai pas réussi.*

T. : *Le point est que si vous n'avez pas choisi, ce n'est pas un acte intentionnel et donc, d'après les définitions que vous acceptez, vous ne pouvez pas être coupable. Vous êtes d'accord?*

Mme A. : *Quand vous le dites comme ça, je vois que je ne peux pas me blâmer pour ma dépression ou mes collègues fatigués. Mais pour mon fils oui. Mon mari et ses professeurs pensent de même d'ailleurs. Ils disent que je fais trop ses caprices et que je le rends paresseux.*

T. : *Il nous faudra voir plus tard ce que votre mari et les professeurs ont dit exactement. C'est possible qu'il y ait des distorsions dans vos souvenirs. Mais acceptons pour le moment qu'ils ont dit ces choses, ça ne veut dire que c'est vrai. Qu'est-ce que vous pensez?*

Mme A. : *Hum... Hum...*

T. : *Vous pouvez imaginer les raisons qui leur font faire ces commentaires?*

Mme A. : *Peut-être qu'ils ne veulent pas se sentir responsables eux-mêmes.*

T. : *Exactement. Et votre fils, est-ce qu'il a des responsabilités lui-même?*

Mme A. : *C'est vrai que malgré tous les encouragements, il ne veut pas travailler. Il est toujours devant la télévision.*

T. : *Donc, il me semble qu'il y a plusieurs personnes responsables, peut-être dans ce cas-là : votre fils, ses professeurs, son père et vous-même? Qui, pensez-vous, a la plus grande part de responsabilité?*

Mme A. : *Mon fils lui-même.*

T. : *Alors, vous vous sentez moins coupable quand vous analysez la situation comme ça, plutôt que de vous laisser être accablée par ces sentiments pénibles?*

Souvent, le blâme n'est même pas approprié dans la situation. Par exemple, dans le cas de Mme A., après la discussion en séance, elle a pris comme tâche assignée de discuter avec son fils et de préparer un programme comporte-

mental avec lui, c'est-à-dire regarder la télévision à certaines heures seulement et comme récompense pour le comportement désiré, l'étude.

### *Problèmes psychopathologiques multiples*

Certains patients déprimés présentent des problèmes multiples, par exemple syndrome dépressif et obsessions, syndrome dépressif, phobies et boulimie. Dans ces cas, l'analyse fonctionnelle, l'expérience clinique, les priorités du patient et l'aise relative avec laquelle certains problèmes peuvent être résolus sont les indications qui guideront le thérapeute dans son choix de l'ordre des problèmes à travailler.

Mme N., qui souffrait de dépression majeure depuis un an, présentait aussi une phobie sociale de longue durée et des troubles boulimiques depuis l'âge de 15 ans.

Le thérapeute adopta pour cibles les problèmes dépressifs d'abord, puis la phobie sociale. Ces deux problèmes psychopathologiques résolus par des méthodes cognitives et comportementales, il s'est focalisé avec succès sur les problèmes boulimiques.

En revanche, dans les cas de dépression et d'obsessions, il est préférable de traiter les deux conditions de front, les troubles dépressifs par la thérapie cognitive et les obsessions par les méthodes comportementales d'immersion.

### *Problèmes de couple*

Il est assez commun de rencontrer des problèmes de couple chez les patients dépressifs. Rush et coll. (1980) ont décrit, avec des cas cliniques, la thérapie cognitive de couple. Ils soulignent que l'interaction entre les membres du couple influence les perceptions et les croyances de chaque époux et qu'en observant le couple, le thérapeute peut discerner des modes d'interaction qui aggravent la dépression. En outre, le traitement peut être plus efficace si la collaboration et le soutien de l'époux non déprimé sont assurés et s'il peut jouer un rôle actif dans l'accomplissement des tâches assignées.

Donc, si l'analyse fonctionnelle révèle des problèmes de relation dans le couple, il est indiqué de voir le couple ensemble, au moins quand ces problèmes sont discutés.

### *Fuite dans la santé*

La fuite dans la santé est un problème que tout thérapeute a déjà rencontré. Le patient se déclare guéri après trois jours de médicaments ou après deux séances de thérapie. Dans ces cas, le thérapeute cognitiviste prévient le patient que l'état dépressif peut être très variable et qu'il a intérêt à revenir pour encore quelques séances au cas où sa rémission ne serait pas durable. Ces séances peuvent servir à revoir les symptômes dépressifs et à entraîner le patient dans des techniques préventives.

Certains patients ont l'air d'adopter le raisonnement qui sous-tend la thérapie cognitive dès le premier abord et ils reviennent la semaine suivante en

déclarant : « Ça y est. Je n'ai plus eu de pensées négatives et je me suis senti bien ». Le thérapeute cognitiviste ne prend pas ces déclarations au pied à la lettre. Il persiste à s'enquérir des événements de la semaine et des réactions du patient. Le plus souvent, le patient est étonné de découvrir qu'il y a eu des problèmes et qu'il a réagi avec ses pensées automatiques habituelles.

L'espoir inspiré par un nouveau traitement peut stimuler la fuite dans la santé et le thérapeute cognitiviste doit patienter, en évoquant les pensées automatiques liées à la thérapie même et à la dépression. Celles-ci révèlent souvent que le patient a honte de sa dépression ou qu'il considère les pensées dépressives comme des défauts ou des faiblesses qu'il devrait pouvoir contrôler seul. Ces attitudes sont notamment communes chez les patients du type « autonome » (voir chapitre 7).

### *Absence d'observance des tâches*

Il est nécessaire de signaler au patient que les tâches assignées ne sont pas obligatoires, mais qu'elles aident la thérapie à progresser plus rapidement. L'absence d'observance des tâches est considérée comme un problème que le thérapeute cognitiviste aborde comme tout autre problème, en déterminant les cognitions qui y sont associées et en aidant le patient à raisonner ces pensées. Ces pensées sont presque toujours négatives et autocritiques :

- « Rien ne peut m'aider » ;
- « J'étais trop fatigué » ;
- « Je n'ai pas assez de concentration » ;
- « Je n'ai pas l'habitude d'écrire » ;
- « Vous allez vous moquer de moi, mes pensées sont trop bêtes » ;
- « Je n'ai pas eu le temps » ;
- « Si j'écris quelque chose mon mari veut savoir ce que c'est ».

En abordant l'absence d'observance des tâches comme un problème que le thérapeute essaie de résoudre avec la collaboration du patient, il évite de prendre l'attitude d'un professeur mécontent ou d'un accusateur, ce qui pourrait ajouter aux sentiments d'infériorité ou de culpabilité du patient.

### *Association de la chimiothérapie et la thérapie cognitive*

Nous renvoyons le lecteur au chapitre 8 sur l'évaluation des résultats ; il verra que l'association des antidépresseurs à la thérapie cognitive s'est avérée supérieure à chaque traitement pris isolément pour les patients déprimés traités en ambulatoire dans un cadre hospitalier.

Le problème de l'association des deux traitements n'est donc pas l'effet thérapeutique, mais l'attitude du thérapeute et/ou du patient.

Le thérapeute pourrait être moins motivé ou moins engagé dans le traitement psychologique, sachant que le patient est aussi sous antidépresseurs. Il aurait des difficultés à expliquer avec conviction le rôle des facteurs psychologiques parce que le message implicite, si non explicite, de la pharmacothérapie est que les

causes de la dépression sont biologiques. Il pourrait penser que sa compétence est mise en question.

Le patient, pour sa part, pourrait mettre moins d'effort dans sa collaboration avec le thérapeute, parce qu'il est aussi sous antidépresseurs. Il pourrait ne pas comprendre le raisonnement qui sous-tend la prescription de deux modes de traitement. Il pourrait se croire presque incurable si on lui demande de suivre deux traitements.

Tous ces problèmes d'ordre psychologique indiqueraient un manque de connaissance des maladies dépressives. Comme on l'a vu dans l'introduction, la dépression peut être le résultat de plusieurs facteurs, comprenant des causes psychologiques et biologiques qui sont en interaction.

Si le thérapeute cognitiviste adopte ce système étiologique, qui rejette le dualisme cartésien, il n'éprouve aucune difficulté à expliquer au patient le raisonnement qui sous-tend l'association des deux traitements et il se sent lui-même moins menacé et plus motivé.

## mesures cognitives

I.M. BLACKBURN

Le progrès théorique et pratique de toute science dépend du développement d'instruments de mesures valides.

Pour étudier le rôle des cognitions dans la dépression, les instruments de mesure ont plusieurs fonctions :

- étudier les caractéristiques particulières des cognitions dépressives qui les différencient des cognitions typiques d'autres troubles émotionnels, par exemple l'anxiété, les phobies ou les obsessions. C'est-à-dire qu'il nous faut des mesures pour établir la spécificité et la généralité des cognitions que l'on retrouve chez les dépressifs ;

- déterminer si le style cognitif dépressif agit comme un trait de caractère qui augmente la vulnérabilité à la dépression. Si les cognitions dépressives persistent après l'amélioration de la dépression, c'est-à-dire si elles ont une stabilité temporelle, on pourra conclure qu'elles agissent comme des traits de la personnalité ; inversement, si la stabilité temporelle n'est pas établie, on dira qu'elles sont des symptômes de la dépression ;

- étudier le rôle des pensées négatives dans le maintien de la dépression ;

- évaluer l'effet spécifique sur les cognitions de différentes thérapies dans les études comparatives de traitement. Le chercheur voudrait savoir, par exemple, si la thérapie cognitive, comparée à la thérapie comportementale ou à la thérapie psychodynamique, effectue un plus grand changement sur les pensées et les attitudes dépressives. Il voudrait peut-être aussi établir si ce changement s'avère plus rapide pendant le cours de la thérapie cognitive, ou encore si le changement persiste plus longtemps après le traitement, dans la période post-cure. Sans mesures fiables et valides, ces questions d'une importance pratique et théorique ne pourraient être résolues ;

- finalement, les mesures cognitives sont nécessaires pour les études expérimentales car elles servent de variables dépendantes dans une expérimentation où le chercheur voudrait établir l'effet de différents stimuli (variables indépendantes) sur l'humeur et les pensées négatives.

Il faut ajouter cependant que malgré le besoin évident de méthodes d'évaluation adéquates pour les recherches ayant rapport à la thérapie cognitive, cet aspect a été plutôt négligé jusqu'à récemment. La méthodologie psychométrique utilisée a été souvent insuffisante, les différents aspects des cognitions n'ont pas été pris en considération et les différentes approches d'évaluation n'ont pas été mises en pratique. Plusieurs échelles d'auto-évaluation ont été validées récemment, mais d'autres techniques d'évaluation, par exemple l'analyse d'échantillons de pensées ou l'évaluation des images mentales (Kendall et Korgeski, 1979) ou l'extériorisation des pensées (Genest et Turk, 1981) ou la liste de pensées (Cacioppo et Petty, 1981), ont été peu utilisées.

Le but de ce chapitre est de faire une revue des études ayant rapport aux mesures cognitives dans le contexte des différentes théories cognitives, notamment celle de Beck (1967, 1976), de Seligman (1975), d'Ellis (1962) et de Rehm (1977).

## Mesures liées à la théorie cognitive de Beck

La théorie cognitive de la dépression de Beck, d'une part, parce qu'elle est la plus élaborée et, d'autre part, parce qu'elle a inspiré une thérapie systématique, a conduit au développement de plusieurs échelles d'évaluation qui visent à mesurer les trois éléments principaux de la théorie, c'est-à-dire le contenu de la pensée, le processus de la pensée et la structure de la pensée.

### Événements cognitifs

Le tableau 7.1 donne un résumé des mesures du contenu de la pensée décrites par Beck (1967, 1976).

TABLEAU 7.1. — Mesures du contenu de la pensée (théorie de Beck).

Questionnaire des pensées automatiques	(Hollon et Kendall, 1978; Cottraux et coll., 1985)
Échelle de désespoir	(Beck et coll., 1974; Cottraux et coll., 1985)
Échelle d'intention suicidaire	(Beck et coll., 1973)
Inventaire des cognitions de Crandell	(Crandell et Chambless, 1986)
Le test du style cognitif	(Blackburn et coll., 1986)

### QUESTIONNAIRE DES PENSÉES AUTOMATIQUES (AUTOMATIC THOUGHTS QUESTIONNAIRE, ATQ)

Ce questionnaire développé par Hollon et Kendall (1980) vise à mesurer le contenu négatif du monologue intérieur qui caractérise la dépression. Il a été traduit en français (Cottraux et coll., 1985). Les 30 items d'auto-évaluation mesurent la fréquence de pensées négatives dans la semaine précédente sur

une échelle de cinq points : 1 = pas du tout ; 2 = parfois ; 3 = assez souvent ; 4 = souvent ; 5 = tout le temps. Pour le dépouillement, un score global est obtenu à partir des notes attribuées à chaque item par le sujet.

L'étude de validation de Hollon et Kendall (1980) comprenait un groupe de 312 étudiants répartis en deux groupes, déprimés, avec un score d'au moins 11 sur l'échelle de dépression de Beck (Beck et coll., 1961) et d'au moins 26 au score brut de l'échelle de dépression du MMPI (Hathaway et Mc Kinley, 1951). La validité empirique fut établie par la mise en évidence d'une différence significative ( $p < 0,01$ ) entre les deux sous-groupes et des corrélations élevées avec l'échelle de dépression de Beck et l'échelle de dépression du MMPI. L'échelle était aussi corrélée significativement avec une échelle d'anxiété (Spielberger et coll., 1970) indiquant un manque de spécificité des pensées automatiques mesurées par l'ATQ. La fidélité établie par deux méthodes, corrélation pair-impair et coefficient alpha, était très satisfaisante ( $r = 0,97$  et  $0,96$ ,  $p < 0,001$  respectivement), démontrant la cohérence interne de l'échelle.

Dobson et Breiter (1983), dans une étude de validation du questionnaire des pensées automatiques composée de 456 étudiants, ont démontré sa cohérence interne ( $0,95$ ,  $p < 0,001$ ) et sa validité concurrente (corrélation avec l'échelle de Beck =  $0,82$ ,  $p < 0,001$ ).

Depuis ces premières études qui ne sont peut-être pas très convaincantes, vu que les sujets étaient des étudiants avec des scores plus ou moins élevés sur des échelles globales de dépression, la validité du questionnaire des pensées automatiques a été établie dans plusieurs études avec des groupes cliniques. Dans une étude de Eaves et Rush (1984), 31 patientes déprimées avec un diagnostic de dépression primaire majeure d'après les critères diagnostiques de recherche (Spitzer et coll., 1978) furent évaluées deux fois, avant le commencement de leur traitement et après rémission. La thérapie était la pharmacothérapie et/ou la psychothérapie dynamique, mais pas la thérapie cognitive. Le groupe expérimental était composé de deux sous-groupes, déprimées endogènes et non endogènes, d'après les critères diagnostiques et d'un groupe témoin de 17 sujets non déprimés. Le questionnaire des pensées automatiques a discriminé statistiquement entre le groupe de déprimées ( $M = 103,7$  pour les endogènes et  $108,8$  pour les non endogènes) et le groupe témoin ( $M = 39,7$ ) et entre les déprimées actuellement malades et guéries ( $M = 55,5$  pour les endogènes et  $46,7$  pour les non endogènes). Il n'y avait pas de différence significative entre les deux sous-groupes de déprimées, ou entre le groupe témoin et le groupe de déprimées après traitement. Ni le nombre d'épisodes de maladie, ni la durée de l'épisode courant n'avaient d'influence sur le score.

Harrell et Ryon (1983) ont décrit une comparaison de trois groupes de patients, 21 déprimés hospitalisés avec des scores satisfaisant des critères de dépression sur des échelles d'auto-évaluation et une échelle cotée par des cliniciens, 20 patients psychiatriques, mais non déprimés, et 20 patients médicaux.

Le questionnaire des pensées automatiques s'est avéré valide en discriminant significativement le groupe de déprimés ( $M = 88,9$ ) des deux groupes témoins (patients psychiatriques non déprimés,  $M = 42,3$ ; patients médicaux,  $M = 38,3$ ) et en corrélant significativement avec l'échelle de Beck et l'échelle de dépression du MMPI. La cohérence interne était bonne selon la méthode de corrélation alpha de Cronbach et corrélation pair-impair ( $p < 0,001$ ). D'ailleurs, une analyse de fonction discriminante a démontré qu'aucun sujet contrôle n'était incorrectement classifié comme déprimé. De même, Blackburn et coll. (1986), dans une étude comparant un groupe de 72 patients déprimés, 29 patients remis de leur dépression et 32 sujets normaux non déprimés, ont trouvé une différence significative entre le groupe déprimé ( $M = 82,5$ ) et le groupe remis de leur dépression ( $M = 42,4$ ), ces derniers ne différant pas du groupe normal ( $M = 34,9$ ).

Hollon et coll. (1986) ont vérifié la spécificité des pensées automatiques dépressives évaluées par le questionnaire des pensées automatiques en comparant plusieurs groupes de sujets : déprimés unipolaires et bipolaires, toxicomanes avec dépression secondaire, toxicomanes non déprimés, patients psychiatriques non déprimés, unipolaires et bipolaires après rémission et contrôles normaux. Les trois groupes déprimés étaient différenciés de tous les autres groupes sur l'échelle de Beck et le MMPI-D et sur le questionnaire des pensées automatiques ( $M = 85$ ). Les unipolaires et bipolaires, après rémission, n'étaient pas différenciés sur les échelles de dépression ou le questionnaire des pensées automatiques. Donc, le questionnaire des pensées automatiques manque de spécificité pour différencier les catégories de dépression. C'est une mesure de symptômes associés à l'état de dépression et non pas une mesure de traits dépressogènes puisqu'elle ne différencie pas les déprimés guéris et les sujets normaux.

Donc, plusieurs études ont démontré que le questionnaire des pensées automatiques est une mesure valide du comportement négatif dans les pensées automatiques, comme l'a décrit Beck. C'est une mesure fiable et sensible à différents degrés de dépression qui, cependant, n'est pas utile pour différencier les groupes nosologiques, par exemple, dépression endogène ou non endogène, majeure ou mineure, primaire ou secondaire, unipolaire ou bipolaire, ni pour étudier la vulnérabilité cognitive à la dépression, si elle existe.

En prenant une moyenne des résultats obtenus dans les études citées, le score moyen pour les patients dépressifs est 93,8, écart type 28; et pour les sujets non dépressifs, le score moyen est 39,3, écart type 9,9.

#### ÉCHELLE DE DÉSESPOIR — QUESTIONNAIRE H (*HOPELESSNESS SCALE*, traduit en français par J. COTTRAUX, COTTRAUX et coll., 1985)

Cette échelle d'auto-évaluation (Beck et coll., 1974) est une mesure plus spécifique du contenu de la pensée en ce qu'elle vise à mesurer seulement un élément de la triade cognitive, à savoir la vue négative de l'avenir. Le sujet coche vrai ou faux pour chacun des 20 items; lors du dépouillement, on obtient un score global, en notant que certains items sont inversés.

Le questionnaire H a été employé dans un grand nombre d'études et bien validé. Dans leur première étude, Beck et coll. (1974) établirent la fidélité, la validité et la cohérence interne du questionnaire dans un groupe de 294 patients hospitalisés qui avaient fait des tentatives de suicide. La validité de structure fut établie en testant plusieurs hypothèses pertinentes au concept de désespoir. Minkoff et coll. (1973) ont présenté un rapport démontrant que la sévérité des intentions suicidaires présente une corrélation plus élevée avec une projection négative dans le futur selon le degré de dépression clinique. L'association significative entre les intentions suicidaires et la dépression est due au fait que ces deux variables sont liées à une troisième variable qui est le désespoir. Dans des situations expérimentales, des patients déprimés, après avoir réussi dans un jeu de cartes, étaient plus optimistes non seulement au sujet de leur succès futur dans le même genre de tâche, mais aussi au sujet de leur futur en général, tandis que l'échec avait accru le désespoir.

Une analyse factorielle avec rotation de l'échelle H a révélé trois facteurs ayant un sens clinique : évaluation de l'avenir expliquant 41,7 % de la variance ; perte de motivation expliquant 6,2 % de la variance et attentes de l'avenir expliquant 5,6 % de la variance.

La valeur prédictive du questionnaire H pour les tentatives de suicide à été vérifiée dans plusieurs autres études (Kovacs et coll., 1975 ; Wetzell, 1976 ; Wetzell et coll., 1980). Cependant Pokorny et coll. (1975) ont obtenu des résultats discordants dans un groupe de 55 déprimés hospitalisés après des tentatives de suicide. La corrélation entre la dépression et l'intention suicidaire était remarquablement plus élevée que celle entre le désespoir et l'intention suicidaire, respectivement 0,52 et 0,32, contrastant avec les corrélations de 0,44 et 0,64 obtenues par Minkoff et coll. (1973). Pokorny et coll. attribuent l'écart entre ces résultats aux différences démographiques entre les deux groupes : leur échantillon était composé en majeure partie d'hommes caucasiens, mariés et protestants, tandis que l'échantillon de Minkoff et coll. contenait une majorité de femmes, des minorités raciales et religieuses et des individus célibataires, divorcés ou séparés. Dans une étude suivie de cinq à dix ans, Beck et coll. (1985a) ont trouvé que, sur 207 patients qui avaient été hospitalisés pour des tentatives de suicide, le questionnaire H et l'item de perte d'espoir de l'échelle de dépression de Beck (Beck et coll., 1961) étaient les seules mesures à prédire le suicide de 14 patients.

Une étude normative de Greene (1981), sur un échantillon de 400 sujets adultes sélectionnés au hasard dans la population générale, donne une moyenne de 4,45, écart type 6,39, bien que les scores soient très dispersés donnant une distribution biaisée dans le sens positif. Dans un échantillon de 88 déprimés avec un diagnostic de dépression majeure (Spitzer et coll., 1978), Nekanda-Trepka et coll. (1983) ont obtenu une moyenne de 13,01, écart type 5,17. La distribution des scores était biaisée dans un sens négatif, avec 12,5 % de l'échantillon obtenant des scores normaux de moins de 6. Donc, on pourrait conclure que la vue négative de l'avenir n'est pas une condition nécessaire pour la dépression. Dans la même étude, la validité concurrente du questionnaire H a été établie par une corrélation de 0,47,  $p < 0,001$ , avec l'échelle de dépression de Beck. Il n'y avait pas de relation significative avec plusieurs

variables sociales, âge, sexe, niveau d'éducation et classe sociale, ni avec la durée de l'épisode de dépression ou la sévérité de la dépression comme évaluée par le clinicien sur l'échelle de Hamilton (Hamilton, 1960).

D'autres données de validation furent obtenues par Hamilton et Abramson (1983) et Blackburn et coll. (1986). Hamilton et Abramson ont comparé un groupe de déprimés satisfaisant les critères diagnostiques de dépression majeure unipolaire et un groupe psychiatrique de non déprimés à leur admission à l'hôpital et à leur sortie et un groupe contrôle normal. À la première occasion, les sujets dépressifs ont obtenu des scores significativement plus élevés ( $M = 10,2$ ) que les deux groupes non déprimés ( $M = 2,1$  et  $2,3$ ). À la seconde occasion, le score des déprimés était réduit significativement ( $M = 4,1$ ), tandis que pour les deux groupes non déprimés, les scores étaient restés stables. Blackburn et coll. ont obtenu des données démontrant une différence significative ( $p < 0,001$ ) entre des sujets déprimés ( $M = 11,4$ ) d'une part et des anxieux ( $M = 5,9$ ), déprimés remis ( $M = 6$ ) et contrôles normaux ( $M = 3,6$ ) d'autre part.

Certaines études ont voulu démontrer que le questionnaire H n'est pas fiable à cause du facteur de désirabilité sociale. Par exemple, Linehan et Nielsen (1981) ont démontré que, dans un échantillon de 196 hommes et femmes évalués dans un magasin quand ils faisaient leurs courses, la tendance à donner des réponses socialement acceptables, mesurée par l'échelle de désirabilité sociale d'Edwards (1970), était négativement corrélée, de façon très significative, avec le désespoir, les idées suicidaires, les potentialités suicidaires et la gravité de gestes suicidaires déjà commis. La validité de cette étude a été mise en cause, vu les conditions de l'évaluation dans des magasins, parmi des gens pressés. Mais ces auteurs (Linehan et Nielsen, 1983) ont obtenu les mêmes résultats dans un échantillon clinique. Il est possible que le point à retenir ne soit pas la fiabilité ou la validité du questionnaire, mais le fait que ces individus, qui obtiennent un score élevé sur l'échelle d'Edwards, ne sont pas disposés à dévoiler leur désespoir ou leurs intentions suicidaires. D'ailleurs Petrie et Charmerlain (1983), utilisant une autre échelle pour mesurer la désirabilité sociale (Crowne et Marlowe, 1964), ont trouvé que la désirabilité sociale n'influence pas le désespoir; de même une corrélation partielle, tenant compte de la désirabilité sociale, a montré la même forte relation entre le désespoir et les indices de suicide.

On peut dire que jusqu'à maintenant ce débat n'est pas tout à fait résolu, et qu'il serait indiqué d'évaluer plus profondément l'effet de la tendance à donner des réponses socialement acceptables non seulement sur les échelles de désespoir, pour que l'on puisse prédire les actes suicidaires d'une manière plus fiable, mais aussi sur les mesures cognitives en général. Il est donc recommandé d'utiliser autant que possible des échelles d'hétéro-évaluation, cotées par des cliniciens entraînés, aussi bien que des échelles d'auto-évaluation.

Pour prédire les intentions ou tentatives suicidaires, l'échelle d'intention suicidaire (*Suicidal Intent Scale*, SIS, Beck et coll., 1973) est souvent employée. Elle comprend quinze items, dont les huit premiers sont cotés par un clinicien pour évaluer les circonstances objectives de la tentative de suicide

ou du suicide et les sept derniers items sont cotés par le sujet. La fidélité inter-juges pour la partie d'hétéro-évaluation est de 0,91 (R. Beck et coll., 1974); sa validité prédictive est aussi établie, en ce que ceux qui avaient réussi leur suicide ont obtenu des scores plus élevés que ceux qui n'avaient fait qu'une tentative, et que ceux qui ont fait d'autres tentatives dans l'année suivant leur sortie de l'hôpital ont aussi obtenu des scores plus élevés que ceux qui n'ont pas fait d'autres tentatives. La corrélation entre les deux parties de l'échelle est de 0,47 ( $p < 0,001$ ) et la corrélation avec l'échelle H est de 0,43 ( $p < 0,01$ ).

On peut donc conclure qu'une vue négative du futur est bien établie comme une caractéristique de la dépression, mais elle n'est pas universelle chez les déprimés. Cette vue négative, ou le désespoir, caractérise l'état de dépression, n'est pas un trait de personnalité, mais prédit les idées et les tentatives suicidaires. Il faut cependant prendre en considération la possibilité que l'on trouverait beaucoup de faux négatifs en raison de la tendance à donner des réponses socialement acceptables et désirables.

#### AUTRES MESURES DU CONTENU DE LA PENSÉE

Il faut noter qu'à part les deux échelles bien connues décrites dans les sections précédentes, d'autres questionnaires sont en voie de développement ou ont été publiés récemment. On peut en mentionner deux, *l'inventaire des cognitions de Crandell* (*Crandell Cognitions Inventory*, CCI, Crandell et Chambless, 1986), et le test du style cognitif (*Cognitive Style Test*, CST, Blackburn et coll., 1986).

L'inventaire de Crandell est très semblable au questionnaire des pensées automatiques en ce qu'il consiste en 45 items que le sujet cote sur une échelle de cinq points pour mesurer la fréquence de pensées négatives automatiques. Onze des items sont positifs et ne comptent pas dans le dépeuillement pour le score global. Dans une étude comparative portant sur 81 patients déprimés, 51 contrôles psychiatriques non déprimés et 80 contrôles normaux, les auteurs ont démontré que le score n'était pas influencé par l'âge, le sexe, l'éducation ou le quotient d'intelligence des sujets. La validité de structure est établie par les corrélations significatives avec l'échelle de Beck ( $r = 0,79$ ,  $p < 0,001$ ) et avec l'échelle des attitudes dysfonctionnelles de Weissman et Beck (1978) ( $r = 0,65$ ,  $p < 0,001$ ). Dans une analyse discriminante, 92,5 % des sujets étaient classés correctement, indiquant la validité prédictive de l'échelle. Une analyse factorielle a révélé trois facteurs — vue négative de soi, vue négative du futur et impuissance ou manque de contrôle dans le domaine personnel — ce dernier a l'air de correspondre en partie à la vue négative de son environnement, comme postulée par Beck.

Le *test du style cognitif* de Blackburn et coll. vise à mesurer les trois éléments de la triade négative, en évaluant les interprétations négatives de situations agréables et désagréables. Le format de l'inventaire diffère de ceux décrits plus haut : trente historiettes sont présentées, représentant des événements de tous les jours, dont dix ont rapport à soi, dix à l'environnement et dix au futur.

De plus, chaque groupe de dix historiettes est divisé en cinq situations agréables et cinq désagréables. Ces situations sont présentées au hasard, avec quatre

choix de réponses : 1 = extrêmement positif; 2 = plutôt positif; 3 = plutôt négatif; 4 = très négatif. L'échelle bipolaire permet d'évaluer les réponses excessivement optimistes (maniaques) comme les réponses extrêmement négatives. En plus du score global, on peut aussi obtenir séparément des scores détaillés pour chaque élément de la triade négative et pour les situations agréables et désagréables. La nouvelle version du test du style cognitif est une révision de la version originale de Wilkinson et Blackburn (1981). La validité pragmatique de l'inventaire a été établie par le classement et la cotation de chaque item par des psychiatres et psychologues en comparaison avec l'intention des auteurs par le coefficient kappa. Les résultats étaient très adéquats (0,92 pour les catégories et 0,96 pour les cotations). Blackburn et coll. ont comparé 72 sujets dépressifs satisfaisant les critères diagnostiques pour dépression majeure ou mineure, 21 sujets anxieux, 31 contrôles normaux, 29 sujets remis de dépression et 10 remis d'anxiété. L'échantillon des déprimés a obtenu des scores significativement plus élevés sur toutes les échelles du test du style cognitif, comparativement aux autres échantillons, dans une analyse de variance. Les tests post-hoc ont montré que la vue négative de soi persiste après rémission chez les déprimés remis et représente donc la possibilité d'un trait dépressogène. La validité de l'inventaire est établie par la différenciation entre déprimés et anxieux et la validité concurrente dans la corrélation significative avec l'échelle de dépression de Beck, mais pas avec l'échelle d'anxiété de Spielberger (Spielberger et coll., 1970). La validité concomitante est aussi évidente dans les corrélations significatives avec le questionnaire des pensées automatiques et le questionnaire H. Toutes les échelles du test du style cognitif étaient intercorrélées significativement, indiquant la cohérence interne de l'inventaire.

Il faudrait plus de mesures détaillées comme le test du style cognitif pour des études plus intensives du contenu de la pensée dans la dépression.

### *Processus cognitifs*

Le tableau 7.2 présente une liste des mesures du processus de la pensée (Beck 1967, 1976).

TABLEAU 7.2. — *Mesures du processus de la pensée (théorie de Beck).*

Le test de la réponse cognitive	(Watkins et Rush, 1983)
Le questionnaire du biais cognitif	(Krantz et Hammen, 1979)
« Grille-répertoire »	(Kelly, 1955)
Échantillons de pensées automatiques	(Beck et coll., 1979, cf. les annexes)

Le processus de la pensée a été moins souvent étudié, surtout parce qu'il est plus difficile à mesurer, mais aussi parce que l'analyse des erreurs logiques systématiques décrites par Beck n'a pas beaucoup progressé. Les questions qui se posent sont : ces erreurs (chapitre 2) sont-elles spécifiques à la dépression ou sont-elles retrouvées dans toutes les perturbations psychopathologiques? Sont-elles typiques de tout être humain, normal ou non? Sont-elles classifiables, comme Beck le décrit? Et encore, sont-elles

suffisantes pour inclure toutes les erreurs que l'on retrouve dans les cognitions dépressives? Toutes ces questions sont vérifiables par des études empiriques qui, malheureusement, font défaut jusqu'à ce jour.

Il y a cependant quelques études prometteuses dans ce domaine.

#### LE TEST DE LA RÉPONSE COGNITIVE

(*COGNITIVE RESPONSE TEST*, CRT, WATKINS ET RUSH, 1983)

Watkins et Rush ont développé cet inventaire pour évaluer les erreurs de logique dans les cognitions provoquées par certaines situations. Il consiste en 36 historiettes et le sujet écrit sa propre réponse, sans un choix forcé, comme c'est le cas dans la majorité des mesures cognitives. Un manuel et un programme d'entraînement sont à la disposition des cotateurs pour classer les réponses en quatre catégories : rationnelles, irrationnelles-dépressives, irrationnelles-autres et inclassifiables. Les auteurs ont trouvé un accord de 88 % entre juges après quatre séances de pratique. Les réponses rationnelles sont définies ainsi : elles sont liées à la situation, ne contiennent pas les caractéristiques irrationnelles, c'est-à-dire exigence, attribution à la chance, exagération et absolutisme et elles sont souvent facilement identifiables par l'emploi d'un qualificatif et d'un point d'interrogation. Les réponses irrationnelles dépressives diffèrent des réponses irrationnelles non dépressives en ce qu'elles contiennent un biais négatif dans la vue de soi, de l'environnement et du futur.

Les auteurs ont évalué quatre groupes de sujets appariés selon l'âge, le sexe et le niveau d'éducation, dont des déprimés, des contrôles normaux, des patients psychiatriques non déprimés et des patients médicaux non déprimés. La fidélité inter-juges pour quatre cotateurs était 0,84. La validité empirique fut établie par la différenciation hautement significative ( $p < 0,0001$ ) entre les déprimés et les autres groupes dans les réponses irrationnelles-dépressives. Le groupe déprimé avait aussi donné moins de réponses rationnelles, mais en revanche il n'y avait aucune différence dans les autres catégories de classement.

Dans l'étude de Wilkinson et Blackburn (1981) décrite plus haut, les réponses irrationnelles-dépressives du test de la réponse cognitive étaient corrélées significativement avec les scores sur l'échelle de dépression de Beck, le questionnaire de désespoir et le test du style cognitif ( $p < 0,001$ ), tandis que les réponses rationnelles étaient négativement corrélées avec ces mêmes échelles.

Donc le test de la réponse cognitive semble être une mesure fiable et valide des erreurs systématiques dans les cognitions dépressives, mais il ne distingue pas les différentes erreurs.

#### LE QUESTIONNAIRE DU BIAIS COGNITIF

(*COGNITIVE BIAS QUESTIONNAIRE*, CBQ)

Krantz et Hammen (1979) ont développé ce questionnaire spécifiquement pour étudier le mécanisme de la dépression d'après les hypothèses de Beck. Comme le CRT, il contient trente-six historiettes, mais avec un choix forcé de quatre réponses qui peuvent être dépressives ou non dépressives, rationnelles ou irrationnelles d'après l'inférence logique déduite de l'information donnée.

Les différentes erreurs ne sont pas différenciées mais représentent celles décrites par Beck. Le questionnaire a une validité pragmatique en ce que le consensus inter-juge est très élevé (80 %). Krantz et Hammen donnent un compte rendu de six études de validité comprenant : deux groupes importants d'étudiants; deux groupes expérimentaux où le succès et l'échec étaient manipulés et où les sujets étaient engagés dans des jeux de rôle pour induire une humeur triste ou gaie; et deux groupes cliniques. Dans les groupes normaux, généralement non déprimés, les erreurs dépressives étaient rares mais elles étaient fréquentes dans les échantillons cliniques. La cohérence interne était peu élevée, indiquant que les items ne sont pas très homogènes, bien que les scores sur les deux thèmes principaux des historiettes, l'accomplissement et les relations interpersonnelles, ne soient pas influencés par le sexe des sujets.

Le questionnaire du biais cognitif s'est avéré valide par une différence significative entre déprimés et non déprimés dans les réponses irrationnelles déprimées et une corrélation significative avec l'échelle de dépression de Beck.

Le score covarie avec l'humeur et change significativement chez les déprimés traités. Il est intéressant de noter que les auteurs ont remarqué que tous les sujets déprimés ne montrent pas nécessairement le biais négatif dans leur cognition et de même le biais négatif était parfois présent sans la coexistence de la dépression.

D'autres chercheurs ont utilisé le questionnaire du biais cognitif avec des résultats variables. Par exemple, Blaney et coll. (1980), dans une étude de groupes d'étudiants, ont conclu que le questionnaire du biais cognitif n'évalue pas les caractéristiques qui accompagnent nécessairement la dépression. Norman et coll. (1983) ont pu différencier deux groupes de déprimés et de patients psychiatriques non déprimés, mais ils remarquent que le questionnaire du biais cognitif ne différencie pas les dépressions primaires et secondaires.

#### AUTRES TECHNIQUES POUR ÉVALUER LE PROCESSUS DE LA PENSÉE

En plus des échelles normatives, comme toutes celles que l'on a revues jusqu'à présent dans ce chapitre, le chercheur ou le clinicien peut aussi se servir de méthodes ipsatives qui sont généralement plus difficiles à passer et à dépouiller. Les deux techniques qui suivent sont des exemples de telles méthodes.

#### • La méthode de Kelly (1955), la technique de la « grille-répertoire »

Elle est très recommandée pour mesurer la forme de la pensée, mais elle est employée rarement du fait des difficultés posées par l'analyse des grilles. Kelly propose que deux processus liés, la *constriction* et la *préemption*, caractérisent le style cognitif dépressif. La constriction se voit quand un individu minimise la possibilité de contradiction dans ses interprétations en ne prêtant attention qu'à certains aspects de son environnement; et la préemption se voit quand un individu limite le nombre d'interprétations qu'il applique à ces aspects de son environnement, ce qui l'amène à agir d'une façon invariable et stéréotypée. Donc, dans le sens de Kelly, la constriction et la préemption ressemblent à l'abstraction sélective et à la surgénéralisation dans la théorie de Beck. Ashworth et coll. (1982) ont évalué plusieurs groupes de patients, dont

un groupe de dépressifs, de maniaques et de dépressifs rétablis, se servant de grilles-répertoires. Les éléments des grilles consistaient en dix rôles, soi-même, père, mère, époux ou ami du sexe opposé, fils ou frère, fille ou sœur, ami, personne antipathique, chef et idéal de soi. Les descriptions (*constructs*) étaient obtenues des sujets suivant la méthode recommandée par Kelly, et de plus, les chercheurs y ont ajouté la description «comme moi». Les résultats ont indiqué, après analyse multi-factorielle, que les sujets dépressifs étaient caractérisés par la constriction et la préemption, la perception d'une grande distance entre eux et les autres et de même une grande distance entre eux «comme ils sont» et «comme ils voudraient être». Dans une réévaluation après la rémission clinique, toutes ces caractéristiques avaient disparu. Donc les caractéristiques formelles que l'on trouve dans les cognitions dépressives ne sont pas des traits permanents chez les dépressifs.

### • Échantillons de pensées

La fiche d'auto-enregistrement de Beck qui est utilisée au cours de la thérapie (Beck et coll., 1979), comme on l'a vu au chapitre 5, peut servir de riche source pour l'analyse d'échantillons de pensées dépressives recueillies dans un cadre naturel. Blackburn et Eunson (1987) ont ainsi analysé 200 échantillons de pensées obtenues chez 50 patients déprimés au cours des séances de thérapie cognitive. Leurs données révèlent que typiquement chaque pensée automatique contient plus d'une erreur systématique, que ces erreurs peuvent être classifiées avec une fidélité inter-juge de 95 % et que la liste de Beck suffit pour définir toutes les erreurs trouvées dans leurs échantillons. L'inférence arbitraire est l'erreur la plus fréquente (44 %), suivie par l'amplification (25 %), la surgénéralisation (19 %), l'abstraction sélective (8 %) et la personnalisation (4 %). L'abstraction sélective est le plus souvent associée avec l'humeur triste et l'inférence arbitraire avec l'anxiété. De même, certains thèmes sont plus généralement associés avec certaines erreurs, à savoir l'exigence, ou un sens excessif de l'obligation de soi-même ou des autres, avec l'abstraction sélective et les thèmes de maladie à l'inférence arbitraire. La méthodologie employée dans cette étude se prête à l'élucidation de la spécificité des erreurs cognitives à la dépression, par exemple en comparant les pensées automatiques obtenues de la même façon dans différents groupes nosologiques et de sujets normaux.

### *Schémas cognitifs*

Le tableau 7.3 présente un résumé des mesures de la structure de la pensée qui seront discutées dans les lignes qui suivent.

TABLEAU 7.3. — *Mesures de la structure de la pensée (théorie de Beck).*

Échelle des attitudes dysfonctionnelles	(Weissman et Beck, 1978; Cottraux et coll., 1975)
Échelle de sociotropie-autonomie	(Beck et coll, 1983)
Questionnaire des expériences dépressives	(Blatt et coll., 1976, 1982)

L'ÉCHELLE DES ATTITUDES DYSFONCTIONNELLES  
(DYSFUNCTIONAL ATTITUDES SCALE, DAS, WEISSMAN ET BECK, 1978)

C'est la seule mesure, à ce jour, qui évalue les attitudes de base ou les « postulats silencieux » décrits par Beck et coll. (1979) comme étant l'origine de la triade négative et des erreurs systématiques dans la dépression. Elle a été traduite en français (Cottraux et coll., 1985) et se présente sous deux formes, forme A et forme B, qui, d'après certaines études, ne sont pas exactement équivalentes. Il est donc recommandé de se servir de la forme A qui est la forme la plus commune, et la revue qui suit est exclusivement de la forme A, à moins que les deux formes n'aient été employées de front.

Le développement de l'échelle s'est fait à partir de données cliniques qui ont révélé sept attitudes ou postulats de base chez les dépressifs, dont les thèmes sont : approbation, amour, réussite, perfectionnisme, exigence ou obligation, omnipotence et autonomie. Les 40 items sont cotés de 1 à 7 par le sujet pour décrire le degré d'accord avec chaque affirmation. Dans la première étude de validation, Weissman et Beck (1978) établirent la cohérence interne ( $p < 0,001$ ) et la fidélité test-retest après huit semaines ( $p < 0,001$ ). Les corrélations avec l'échelle de Beck ( $r = 0,36$ ,  $p < 0,001$ ), avec le questionnaire du biais cognitif ( $r = 0,52$ ,  $p < 0,001$ ) et avec l'échelle de dépression du profil des humeurs (*Profile of Mood Scale*, POMS, McNair et coll., 1971) ( $r = 0,40$ ,  $p < 0,001$ ) ont démontré la validité concurrente de l'échelle des attitudes dysfonctionnelles. De plus, comme la seule corrélation significative des six échelles du profil des humeurs à l'occasion retest était avec l'échelle de dépression, les auteurs proposent un degré de spécificité.

Un grand nombre d'études ont présenté des rapports sur la validité de l'échelle des attitudes dysfonctionnelles, soit dans des groupes d'étudiants (Oliver et Baumgart, 1985; Cane et coll., 1986; Dobson et Breiter, 1983), soit dans des groupes cliniques qu'on reverra ici plus en détail. Cinq études ont trouvé que la DAS ne mesure pas des attitudes stables chez les dépressifs. Hamilton et Abramson (1983), dans un test-retest de patients déprimés et non déprimés et de contrôles normaux, ont trouvé que les scores des déprimés changeaient significativement entre le moment de l'admission à l'hôpital et celui de la sortie (moyennes 148,5 et 116,6), tandis que les scores des deux groupes non dépressifs restaient stables. De même, Silverman et coll. (1984), dans une étude test-retest de 35 patients déprimés satisfaisant les mêmes critères de dépression unipolaire majeure que le groupe de Hamilton et Abramson, ont trouvé une réduction significative des scores de 147,4 à 113,3. Simons et coll. (1984) ont retrouvé les mêmes résultats dans leur étude comparative de thérapie cognitive et d'antidépresseurs, notant que les deux traitements avaient le même effet sur cette mesure cognitive. Blackburn et coll. (1986), dans leur étude d'échantillons de déprimés, anxieux, déprimés remis, anxieux remis et contrôles normaux, ont aussi trouvé une différence significative entre déprimés ( $M = 147,7$ ;  $SD$  [écart-type] 34,7) et déprimés guéris ( $M = 127,7$  et 28,4). De plus, la différence significative entre déprimés et anxieux ( $M = 122,9$ ;  $SD$  31,9) établit la spécificité à la dépression des attitudes dysfonctionnelles évaluées par l'échelle des attitudes dysfonctionnelles. Hollon et coll. (1986), dans leur étude de déprimés unipolaires et bipolaires comparés à sept groupes témoins, dont des unipolaires et bipolaires

guéris, ont aussi trouvé que les déprimés guéris ne diffèrent pas des sujets non déprimés. Donc, les attitudes dysfonctionnelle reflètent l'état de dépression plutôt que des traits caractériels qui pourraient accroître la vulnérabilité à la dépression.

Il y a, cependant, deux rapports contradictoires, ceux de Eaves et Rush (1984) et de Reda et coll. (1985). Eaves et Rush ont comparé des déprimés endogènes et non endogènes évalués en test-retest, avant traitement et après rémission, avec des sujets normaux. Les endogènes et non endogènes ont obtenu des scores significativement plus élevés que les contrôles à la première occasion et bien que les scores aient baissé après rémission, ils étaient toujours significativement plus élevés que ceux des contrôles. Ces résultats contradictoires pourraient être dus au fait que les patients n'étaient peut-être pas tout à fait guéris, le critère de rémission étant un score d'au moins 10 sur l'échelle de dépression de Hamilton. Reda et coll. (1985) ont suivi pendant une année 60 patients déprimés traités avec des antidépresseurs. Bien que les scores de l'échelle des attitudes dysfonctionnelles aient décru significativement, parallèlement avec les scores de l'échelle d'Hamilton, jusqu'à un niveau normal, certains items n'avaient pas changé, même après une année. Ce trait dépressogène paraît refléter une autonomie excessive. Il faut dire que, d'après Beck, les attitudes dysfonctionnelles ne sont pas nécessairement présentes en permanence chez les dépressifs. Elles sont supposées être latentes jusqu'à ce qu'elles soient activées par certains événements qui agissent comme signaux.

En conclusion, l'échelle des attitudes dysfonctionnelles mesure des attitudes dysfonctionnelles qui sont spécifiques à la dépression, mais qui ne différencient pas les différents sous-groupes nosologiques de dépression. Ces attitudes reflètent l'état de dépression plutôt qu'un trait dépressogène, mais il est possible qu'un groupe d'items ait une stabilité temporelle qui démontrerait la vulnérabilité à la dépression.

## SOCIOTROPIE-AUTONOMIE

Beck et coll. (1983) ont proposé des traits de personnalité plus stables chez les individus vulnérables à la dépression, qu'ils appellent la sociotropie et l'autonomie. L'échelle de sociotropie-autonomie (*Sociotropy-Autonomy Scale*, SAS) a été développée pour mesurer ces deux dimensions, mais elle n'a pas été proprement validée à ce jour. Elle contient 60 items fondés sur des affirmations faites par des patients pendant la thérapie cognitive. Les 60 items ont été sélectionnés après une analyse factorielle de 109 items, dont 56 de sociotropie et 53 d'autonomie. Les deux dimensions ont 30 items chacune qui n'ont pas d'association significative avec le facteur opposé. Les trois facteurs de l'échelle d'autonomie sont : l'accomplissement individuel ou autonome; l'absence de contrôle par les autres et la préférence de la solitude. Les trois facteurs de l'échelle de sociotropie sont : souci de désapprobation; inquiétude de séparation et besoin de plaire aux autres. Les deux échelles ont une bonne cohérence interne 0,90 et 0,83) et sont légèrement négativement corrélées ( $r = -0,18$ ), indiquant que les deux dimensions sont plus ou moins indépendantes. Beck suggère que les dépressions autonomes et sociotropes diffèrent dans la présentation de symptômes et réagissent à des interventions thérapeutiques différentes.

Partant d'une perspective différente, notamment psychanalytique, Blatt et coll. (1976, 1982) ont développé un questionnaire de 66 items, le *questionnaire des expériences dépressives (Depressive Experiences Questionnaire, DEQ)* qui a identifié avec une fidélité établie deux types d'expérience dépressive, dépendance sur les autres et critique de soi. Ces deux attitudes de base ont l'air de correspondre aux dimensions de sociotropie et d'autonomie décrites par Beck. Elles ont été validées par Hammen et coll. (1985) dans une étude prospective de 93 étudiants. Ces auteurs ont trouvé que les sujets dépendants ont montré une association significative entre la dépression et les événements interpersonnels conformes avec leur schème tandis que les sujets autocritiques avaient plus d'association entre la dépression et les événements représentant échec ou manque de réussite.

Il serait donc important de faire des recherches plus approfondies sur les facteurs de vulnérabilité à la dépression pour développer nos méthodes thérapeutiques et prophylactiques.

## Mesures liées à la théorie de l'impuissance apprise de Seligman

Comme on l'a vu au chapitre 2, la théorie reformulée de l'impuissance apprise propose que les attributions internes, globales et stables pour les événements négatifs et que les attributions externes, spécifiques et instables pour les événements positifs caractérisent le style cognitif dépressif (Abramson et coll., 1978). Cette théorie a été vérifiée dans plusieurs études, utilisant une variété de méthodes, en particulier le questionnaire du style d'attributions (*Attributional Style Questionnaire, ASQ*, Seligman et coll., 1979; Peterson et coll. 1982).

Le tableau 7.4 présente un résumé des mesures de style d'attribution.

TABLEAU 7.4. — *Mesures du style d'attribution (théorie de Seligman).*

Questionnaire du style d'attribution	(Seligman et coll., 1979)
Questionnaire des cognitions	(Fennell et Campbell, 1984)

### *Questionnaire du style d'attribution (ASQ)*

Le questionnaire consiste en douze situations hypothétiques dont six décrivent des questions positives et six des questions négatives. En plus, les deux dimensions discutées dans la section précédente, dépendance ou affiliation d'une part et réussite de l'autre, sont également représentées. Il est demandé au sujet de donner une cause pour chaque événement et ensuite de cocher des échelles de sept points qui évaluent l'internalité, la stabilité et la globalité.

La validation du questionnaire du style d'attribution s'est faite principalement sur des groupes d'étudiants. Seligman et coll. (1979) ont soumis le questionnaire de style d'attribution à 143 étudiants et montré que ceux qui étaient déprimés (score > 9 sur l'échelle de Beck, version abrégée de

13 items), comparés aux non déprimés, avaient des attributions internes, stables et globales pour les événements négatifs et des attributions externes et instables pour les événements positifs. Toutes les corrélations avec l'échelle de Beck pour les événements négatifs étaient significatives, comme l'étaient les corrélations pour les événements positifs, sauf dans le cas de la globalité. Peterson et coll. (1982), dans une autre évaluation d'étudiants, ont démontré les qualités psychométriques du questionnaire du style d'attribution : le sexe des sujets n'est pas important, la cohérence interne est satisfaisante à 0,75 et 0,72 pour les événements positifs et négatifs respectivement, et le coefficient de fidélité en moyenne est de 0,54. Les attributions pour les événements positifs étaient plus internes, stables et globales que les attributions pour les événements négatifs ( $p < 0,001$ ), comme la théorie le prédirait pour des individus qui n'étaient, en général, pas déprimés. Les deux dimensions, affiliation et réussite, étaient significativement corrélées, mais les attributions pour les événements positifs et négatifs n'étaient point corrélées significativement. La fidélité test-retest après cinq semaines était hautement significative ( $p < 0,001$ ), démontrant la stabilité temporelle du questionnaire.

Golin et coll. (1981) et O'Hara et coll. (1985) ont aussi obtenu des données favorables à cette théorie dans des groupes d'étudiants, mais par ailleurs beaucoup d'autres chercheurs (par exemple, Blaney et coll., 1980; Hammen et coll., 1981) ont obtenu des résultats contradictoires dans le même genre de groupes.

Les études cliniques se servent, en général, du score global du questionnaire du style d'attribution. Par exemple, Hamilton et Abramson (1983), dans leur comparaison test-retest de patients déprimés et non déprimés avec des sujets contrôles normaux, ont trouvé qu'à la première évaluation le questionnaire du style d'attribution différencie les déprimés des sujets contrôles normaux, mais pas les patients déprimés des non déprimés. Il n'y avait pas de différence entre les groupes à la deuxième évaluation. Eaves et Rush (1984) ont montré que le questionnaire du style d'attribution différencie les patients déprimés des sujets contrôles normaux quand ils sont symptomatiques et quand ils sont guéris. Ils ont aussi trouvé que le score global corrèle significativement avec plusieurs mesures de chronicité, ce qui suggère que le style d'attribution peut être le résultat de dépressions chroniques ou, inversement, la cause des dépressions chroniques.

Se servant des différentes échelles du questionnaire du style d'attribution, Raps et coll. (1982) ont trouvé que les patients dépressifs, comparés à des schizophrènes et à des patients non psychiatriques, font des attributions plus internes, stables et globales pour les événements négatifs. Pour les événements positifs, les dépressifs et les schizophrènes n'étaient pas différenciés et seulement l'internalité et la stabilité ont différencié les dépressifs et les patients non psychiatriques. Persons et Rao (1985), dans une étude comprenant 49 patients psychiatriques hospitalisés, ont trouvé que les dépressifs faisaient moins d'attributions internes pour les événements positifs mais, contrairement à ce que la théorie laisserait prévoir, ils faisaient aussi moins d'attributions stables pour les événements négatifs.

D'après ces données, on peut être d'accord avec Coyne et Gottlib (1983) qui ont conclu, après une revue des études sur le style d'attribution, que l'évidence d'une covariation de la dépression et d'un style spécifique d'attribution présente des contradictions. Le rôle des trois dimensions d'attribution devrait être recherché de façon plus approfondie, surtout dans des échantillons cliniques.

### *Questionnaire des cognitions (Cognitions Questionnaire, CQ)*

Fennell et Campbell (1984) ont développé un questionnaire qui a trait à la théorie de l'attribution, pour mesurer les erreurs dans le processus de la pensée en réponse à des situations négatives, positives et neutres. Les huit situations sont cotées pour cinq dimensions : impact émotionnel, attribution de la causalité, généralisation temporelle, généralisation des situations et perception de contrôlabilité. Contrairement au questionnaire du style d'attribution, à part l'attribution, les autres dimensions ont rapport aux conséquences et non pas aux causes des situations hypothétiques. Les auteurs ont étudié des patients satisfaisant les critères de dépression majeure en clinique et dans la communauté des déprimés guéris, des anxieux et des phobiques avec une dépression secondaire et des patients psychiatriques non déprimés. Leurs données démontrent que les scores sur le questionnaire des cognitions ne sont pas influencés par le niveau d'éducation ou le sexe du sujet et sont hautement corrélés ( $p < 0,001$ ) avec l'échelle de dépression de Beck. Le questionnaire différencie les déprimés des non déprimés, spécialement les réponses aux situations négatives, tandis que les situations positives ou neutres distinguent moins bien les groupes. De toutes les dimensions, la généralisation était la plus discriminatoire et l'interaction entre les situations négatives et la généralisation a pu distinguer entre les déprimés guéris et les groupes non déprimés, indiquant peut-être un facteur de vulnérabilité.

En somme, le style d'attribution est sans doute un aspect important du style cognitif dépressif. Des trois facteurs, stabilité, globalité et internalité, ce dernier a été le moins démontré. Par exemple, un symptôme commun de la dépression, comme la perte de l'estime de soi, n'est pas lié à des attributions internes pour les événements négatifs, mais résulte de cognitions non causales telles que des évaluations négatives de soi-même.

## Mesures liées à la théorie rationnelle-émotive d'Ellis

Le tableau 7.5 présente les deux mesures des croyances irrationnelles décrites par Ellis (1962).

TABLEAU 7.5. — *Mesures des croyances irrationnelles (théorie d'Ellis).*

Test des croyances irrationnelles	(Jones, 1968)
Inventaire des comportements rationnels	(Shorkey et Whiteman, 1977)

Deux questionnaires ont été développés pour mesurer les croyances irrationnelles d'Ellis, comme exposées au chapitre 2, **le test de croyances irrationnelles** (*Irrational Beliefs Test*, IBT, Jones, 1968) et **l'inventaire des comportements rationnels** (*Rational Behaviour Inventory*, RBI, Shorkey et Whiteman, 1977). Malheureusement ces deux questionnaires ont été validés essentiellement dans des groupes normaux et il manque des données cliniques.

Cash (1984), par exemple, a trouvé que dans un groupe d'étudiantes les croyances irrationnelles évaluées par l'IBT corrélaient significativement avec l'externalité, les attentes négatives de succès, le manque d'assurance et les scores sur l'échelle de dépression de Beck. Nelson (1977) a retrouvé des corrélations élevées entre les scores de l'échelle de Beck et certaines des croyances évaluées par l'IBT, notamment, attentes surestimées de soi, réactivité à la frustration, excès de souci des malheurs possibles, impuissance et le score global. Par ailleurs, Lapointe et Crandell (1980), toujours dans des échantillons d'étudiants, ont trouvé que les sujets avec un score de neuroticisme élevé sur l'échelle d'Eysenck (*Maudsley Personality Inventory*, Eysenck, 1959) ont aussi plus de croyances irrationnelles, en comparaison avec les normaux. Dans une rare étude clinique effectuée par Newmark et Whit (1983), des déprimés majeurs et des schizophrènes ont obtenu des scores plus élevés que les normaux et les maniaques. D'après Lohr et Bonge (1982), la fidélité des échelles de l'IBT n'est pas adéquate et pourrait être augmentée par l'addition de plus d'items.

L'inventaire des comportements rationnels est un questionnaire de 37 items qui donne un score global et des scores sur les facteurs dérivés d'une analyse factorielle de 119 items ayant trait aux croyances irrationnelles d'Ellis. Toutes les études de validité et de fidélité sont basées sur des échantillons normaux (entre autres *Thyer et Papsdort*, 1981 ; Himle et coll., 1985).

Il faudrait beaucoup plus d'études cliniques pour pouvoir évaluer l'utilité de ces deux questionnaires et le rôle des croyances irrationnelles dans la dépression.

## Mesures liées à la théorie d'auto-contrôle de Rehm

Le tableau 7.6 présente un résumé des mesures que l'on pourrait utiliser dans le contexte de la théorie de l'auto-contrôle de la dépression (décrite dans le chapitre 2).

TABLEAU 7.6. — *Mesures de l'auto-contrôle (théorie de Rehm).*

Inventaire de l'auto-contrôle	(Rosenbaum, 1980)
Questionnaire du style d'attribution	(Seligman et coll., 1979)
Liste d'événements agréables	(Brown et Lewinsohn, 1984; Cottraux et coll., 1985)

Rehm (1977) n'a pas développé des mesures spécifiques pour mesurer les trois processus impliqués dans son approche thérapeutique — auto-observation, évaluation de soi et auto-renforcement. Cependant l'échelle de Rosenbaum (1980), **l'inventaire de l'auto-contrôle (Self-Control Schedule, SCS)**, est évidemment applicable à la théorie d'auto-contrôle de la dépression. Elle contient 36 items cotés sur des échelles de six points et a été d'abord validée dans des échantillons d'étudiants. La cohérence interne et la fidélité de l'inventaire se sont avérées adéquates et la validité concurrente est vérifiée par les corrélations avec l'externalité de l'échelle de Rotter (1966),  $r = -0,40$ ,  $p < 0,01$  et avec le score global sur PIBT ( $r = -0,48$ ,  $p < 0,001$ ). Simons et coll. (1985), dans leur étude comparative sur l'efficacité de la thérapie cognitive et des antidépresseurs dans la dépression, ont trouvé que les déprimés avec un score élevé sur le SCS, c'est-à-dire ceux qui ont un niveau relativement élevé d'auto-contrôle, réagissent mieux à la thérapie cognitive, tandis que les déprimés avec un niveau bas d'auto-contrôle réagissent mieux aux antidépresseurs. Ils ont conclu que l'auto-contrôle était un bon prédicteur de la réponse à la thérapie cognitive. Cet inventaire promet donc d'être utile dans les études prédictives et il serait important d'établir la différence, si elle existe, entre différents groupes psychopathologiques.

**Le questionnaire du style d'attribution (ASQ)**, décrit plus haut, est aussi applicable à certains aspects de l'auto-contrôle et la **liste d'événements agréables** (voir Cottraux et coll., 1985) (*Pleasant Events Schedule*, Brown et Lewinsohn, 1984) peut servir à évaluer les sources de renforcement. Cette échelle de 320 situations et activités potentiellement agréables est cotée pour le nombre de fois que le patient a réalisé chaque activité (colonne F) et pour le degré de « plaisir » (colonne P), en moyenne, dans ces activités. À part le score global obtenu par l'addition des produits croisés de F et P, on peut aussi obtenir une moyenne pour la colonne F, nombre d'activités, et une moyenne pour la colonne P, intensité de « plaisir ». Les scores ainsi obtenus peuvent aider le thérapeute et le patient à planifier plus d'activités ou plus d'activités renforçatrices.

## Synthèse

En conclusion, cette revue des mesures cognitives indique qu'il y a eu beaucoup de progrès récemment dans ce domaine de recherche, ce qui devrait aider le développement de la théorie et de la thérapie cognitives. Les mesures sont presque invariablement des auto-évaluations par des questionnaires dont les items sont fermés. Il est difficile d'envisager d'autres techniques que l'auto-évaluation du fait du caractère couvert des variables que l'on vise à mesurer. Cependant, les choix multiples ou forcés ont le désavantage évident d'amener le sujet à répondre en fonction des conceptions théoriques du chercheur ou du clinicien. Il faudrait à l'avenir essayer de développer des techniques plus naturalistes permettant le recueil des échantillons de pensées.

Les trois premiers tableaux de ce chapitre présentent les mesures liées à la théorie de Beck qui ont été le plus utilisées. Comme on l'a vu, une multitude d'études corrélationnelles, se servant de ces mesures, ont pu valider certains aspects de la théorie. Les points principaux à retenir sont les suivants.

### *Les événements cognitifs*

– Les mesures des pensées automatiques différencient les sujets déprimés des sujets guéris de dépression, des contrôles normaux et des contrôles psychiatriques non déprimés.

– Elles ne différencient pas entre les dépressions unipolaires et bipolaires, endogènes et non endogènes, primaires et secondaires.

– Les scores sur une échelle de désespoir prédisent l'intention suicidaire plus précisément que les scores sur une échelle de dépression.

### *Les processus cognitifs*

– Les réponses irrationnelles et négatives différencient les sujets déprimés des contrôles normaux et psychiatriques non déprimés.

– Les distorsions dépressives disparaissent avec la rémission.

– Les attributions stables, globales et internes pour les événements négatifs différencient les sujets déprimés des contrôles normaux ; elles ne différencient pas les déprimés des patients non déprimés et elles retournent à un niveau normal avec la rémission.

### *Les schémas cognitifs*

– Les attitudes dysfonctionnelles différencient les sujets déprimés des patients non déprimés et des contrôles normaux, mais retournent à un niveau normal avec la rémission.

– D'autres dimensions plus stables pourraient être la sociotropie et l'autonomie ou la dépendance vis-à-vis des autres et l'auto-critique.

Les prémisses sous-jacentes des mesures cognitives sont que les sujets ont accès à leurs cognitions, et de plus qu'ils sont prêts à dévoiler ces cognitions. Ces prémisses sont mises en question par les sociologues (Nisbett et Wilson, 1977; Langer, 1978). Cependant, la cohérence interne des mesures que l'on a revues, leur fidélité et leur validité concurrente indiquent que les patients et les sujets en général peuvent reproduire leurs pensées, même s'ils n'arrivent pas à décrire le processus de ces pensées. Il faudrait faire plus de recherches pour identifier le degré d'exactitude et les facteurs qui peuvent influencer la fidélité des rapports, par exemple le besoin de donner des réponses dites acceptables ou approuvées par la société.

Une partie des échelles citées se trouve dans un ouvrage en français avec les études de validation (Bouvard et Cottraux, *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie*, 4<sup>e</sup> édition, Masson, Paris, 2005).

# psychothérapie cognitive de la dépression : évaluation des résultats

J. COTTRAUX

## Introduction

La thérapie cognitive a été la première des psychothérapies à se montrer supérieure ou égale aux antidépresseurs (Rush et coll., 1977). Elle a donc été très souvent intégrée dans des méthodes diverses, au risque de perdre sa rigueur et son efficacité.

### *La définition des méthodes*

Un des écueils de la recherche en psychothérapie est souvent un manque de spécification des techniques employées. Le terme thérapie cognitive a été souvent appliqué dans les études comparatives pour décrire des interventions variées. Ainsi, on peut retrouver dans la littérature au moins sept «marques» de psychothérapie comportant une composante cognitive qui se proposent pour traiter la dépression :

– la thérapie cognitive de Beck qui est principalement cognitive, mais qui utilise, aussi, des techniques comportementales et émotionnelles dans le dessein de changer les attitudes négatives et le désespoir. Elle se présente avec un manuel, une formation et des règles pour la supervision des thérapeutes (Beck et coll., 1979);

– la thérapie rationnelle émotive d'Ellis (RET) qui se focalise entièrement sur le raisonnement pour modifier les croyances irrationnelles (Ellis, 1962);

– la thérapie comportementale qui inclut des interventions cognitives (Lewinsohn, 1982, 1992), comme le montre le tableau 8.1;

– les thérapies comportementales et cognitives (TCC) : c'est le label général historique pour l'ensemble du courant psychothérapique qui combine les approches comportementales et cognitives;

TABLEAU 8.1. — Dépression : thérapie comportementale.

<p>Modèle de Lewinsohn (1992)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Dépression et apprentissage social</li> <li>– Méthodes de changement personnel</li> <li>– Relaxation et dépression</li> <li>– Relaxation et situations quotidiennes</li> <li>– Activités plaisantes et dépression</li> <li>– Plans d'activités plaisantes</li> <li>– Pensée et dépression</li> <li>– Plan de pensée constructive</li> <li>– Affirmation de soi</li> <li>– Utiliser les compétences sociales</li> <li>– Maintenir les gains de la thérapie</li> <li>– Plan constructif d'existence</li> </ul> <p>Post-cure : 6 mois</p> <p>Rappels à 1 et 6 mois</p>
--

– la thérapie interpersonnelle, issue de la psychiatrie sociale, utilise à la fois des méthodes comportementales et cognitives pour résoudre les problèmes interpersonnels et motivationnels qui sont à l'origine de la dépression (Klerman et coll., 1982, 1984, 1986). La thérapie interpersonnelle présente est à court terme et en temps limité : douze à vingt séances sur quatre mois en général ; elle est focale et centrée sur le présent et non sur le passé des relations ; elle n'est pas intrapsychique : le thérapeute ne cherche pas à aider le patient à voir la situation actuelle comme la manifestation d'un conflit interne et ne se centre pas sur les rêves. Les comportements comme l'absence d'affirmation de soi, la culpabilité et le manque de compétences sociales sont étudiés, mais en relation avec les personnages importants de la vie du patient. La thérapie interpersonnelle présente un point commun avec la thérapie cognitive : les distorsions cognitives des patients par rapport à eux-mêmes et au sujet des autres sont également envisagées. L'analyse en vidéo de la pratique réelle de la thérapie interpersonnelle montre plus de points communs avec la thérapie cognitive que de différences (Ablon et Jones, 2002) ;

– une thérapie éclectique comprenant des interventions cognitives, comportementales et interpersonnelles : c'est le cas du *Cognitive Analysis Behavioral System of Psychotherapy* ou CBASP testé dans un seul essai contrôlé concernant la dépression chronique (Keller et coll., 2000 ; Schatzberg et coll., 2005) ;

– la thérapie interpersonnelle psychodynamique qui mélange des principes issus de la thérapie interpersonnelle et de la psychanalyse (Guthrie et coll., 1999 ; Leichsenring, 2004) ;

– une thérapie qui s'affirme cognitive psychanalytique (Ryle et Kerr, 2002).

De toutes ces méthodes, seule la thérapie interpersonnelle, la thérapie comportementale et la thérapie cognitive (ou TCC) ont été validées par des études contrôlées et des méta-analyses suffisamment nombreuses.

## *Facteurs non spécifiques des psychothérapies*

Il faut aussi souligner le problème méthodologique habituel des études de l'efficacité en psychothérapie : à savoir l'importance des caractéristiques du thérapeute, de son expérience, son allégeance à un courant psychothérapeutique, de ses capacités à nouer une alliance thérapeutique et à établir un rapport collaboratif, de ses qualités personnelles et le niveau de son implication dans le succès du traitement. Le degré d'optimisme du patient et du thérapeute peut aussi représenter un facteur déterminant (Cottraux, 2007).

## *Le modèle de la thérapie cognitive*

La thérapie cognitive selon le modèle de A.T. Beck est la méthode de psychothérapie de la dépression qui a suscité le plus de travaux et la mieux validée par la recherche clinique et fondamentale. Tant et si bien qu'analyser les données dures de la recherche représente un travail considérable et à mettre à jour chaque année.

## Résultats et méta-analyses de la thérapie cognitive sur l'accès dépressif aigu de l'adulte

C'est le domaine par excellence de la thérapie cognitive.

### *Études de comparaison aux antidépresseurs*

Depuis l'étude «princeps» de Rush et coll. (1977), de nombreux travaux ont montré la valeur curative et préventive de la thérapie cognitive.

Lors des études initiales, la thérapie cognitive s'avère plus efficace à court terme que les antidépresseurs et dans deux autres études égale à celle de l'antidépresseur de référence (Blackburn et coll., 1981, 1986; Rush et coll., 1997; Murphy, 1984).

Plus récemment, De Rubeis et coll. (2005) ont effectué une comparaison comparant médicament (n = 120), thérapie cognitive (n = 60) et placebo, sur trois sites (n = 60). À huit semaines de traitement les réponses ne différaient pas statistiquement sur le critère général de réponse : 50 % pour les antidépresseurs et 43 % pour la thérapie cognitive. Le médicament était supérieur au placebo (25 %), mais la thérapie cognitive n'avait qu'une tendance statistique non significative à être meilleure que le placebo. Cependant sur les mesures continues, aussi bien la thérapie cognitive que le médicament étaient supérieurs au placebo avec des tailles d'effet moyennes. À seize semaines la thérapie cognitive rejoignait le médicament avec 58 % de réponses dans les deux groupes traités. Il en fut de même pour le taux de rémission : 46 % pour le médicament et 40 % pour la thérapie cognitive. La conclusion de cet essai, qui portait sur 240 patients, est *qu'à court terme, la thérapie cognitive est aussi efficace que le médicament*. Cependant, l'analyse site par site montre que les effets de la thérapie cognitive dépendaient d'un haut niveau d'expertise des thérapeutes.

## Études de combinaison

L'association de thérapie cognitive et d'antidépresseurs est égale à la thérapie cognitive seule dans les quatre études où l'efficacité de la combinaison a été testée (Beck, 1985; Blackburn, 1981, 1986; Rush, 1981). L'association de la thérapie cognitive aux traitements chimiques prescrits par des généralistes est supérieure au traitement habituel (Teasdale et coll., 1984). Dans une autre étude, la thérapie cognitive associée au médicament a obtenu de meilleurs résultats que la relaxation associée au médicament, elle-même supérieure au groupe contrôle (Bowers, 1990).

## Facteurs prédictifs

Un haut niveau d'autocontrôle prédit un meilleur résultat de la thérapie cognitive, un bas niveau d'autocontrôle un meilleur résultat de la chimiothérapie (Simons, 1985). Le niveau d'intelligence n'a pas d'influence sur les résultats (Haaga, 1991). Certaines études ont noté que des signes d'endogénéité, au sens des RDC de Spitzer (1985), ne diminuaient pas l'efficacité de la thérapie cognitive (Blackburn, 1981; Kovacs, 1981; Teasdale, 1984). Des anomalies de l'électroencéphalogramme de sommeil ou de l'activité de l'axe hypothalamo-hypophysosurrénal sont des prédicteurs négatifs d'effet des thérapies cognitives (Thase, 1996 a et b). Enfin, la sévérité de la dépression est un prédicteur négatif de résultat de la thérapie cognitive, comme le montre l'étude du NIMH (Elkin, 1989).

## Méta-analyses

### MÉTA-ANALYSE DE DOBSON (1989)

Cette méta-analyse a été réalisée à partir de 28 études, parmi lesquelles celles du NIMH (Shea et coll., 1990) et de Hollon (1992) : en prépublication. Elle a montré la supériorité de la thérapie cognitive sur une liste d'attente, la psychopharmacologie et la thérapie comportementale.

Le tableau 8.2 résume ses principaux résultats.

TABLEAU 8.2. — *Méta-analyse de la thérapie cognitive dans la dépression : Dobson (1989).*

	<b>Comparaisons</b>	<b>Taille d'effet</b>	<b>% sujets TC &gt; contrôles</b>
Liste d'attente	10	- 2,51	98 %
Thérapie comportementale	9	- 0,46	67 %
Médication	8	- 0,53	70 %
Autres psychothérapies	7	- 0,54	70 %
Total	34		

À la fin du traitement, les résultats de la thérapie cognitive étaient supérieurs à ceux des antidépresseurs, de la thérapie comportementale et d'une catégorie regroupant diverses autres psychothérapies.

### MÉGA-ANALYSE DE THASE (1997)

Thase et coll. (1997) ont inclus six études et 595 patients qui présentaient un état dépressif primaire, non psychotique. Il s'agissait d'une méga-analyse qui redescendait jusqu'aux scores des sujets. Les patients avaient 44 ans d'âge moyen et 69 % étaient de sexe féminin. Ils avaient été traités durant seize semaines par thérapie cognitive ou thérapie interpersonnelle isolément (n = 243) ou par la combinaison de thérapie interpersonnelle avec des antidépresseurs (n = 352), à savoir imipramine ou nortryptiline. La combinaison des traitements n'était pas significativement supérieure à la psychothérapie seule dans les dépressions les moins sévères, mais dans les formes les plus sévères de dépression, l'adjonction de médicaments à la psychothérapie donnait des résultats supérieurs. Il n'y avait pas de différence d'effet entre la thérapie cognitive et la thérapie interpersonnelle dans la méga-analyse de Thase et coll. (1997).

### MÉTA-ANALYSE DE GLOAGUEN ET COLL. (1998).

Cette méta-analyse incluait 48 études avec 2 765 patients et utilisait des critères plus sévères, en tenant compte du nombre de patients et de l'hétérogénéité des études, comme le montre le tableau 8.3.

TABLEAU 8.3. — Méta-analyse de Gloaguen et coll. (1998).

	<b>Comparaisons</b>	<b>Taille d'effet (d +)</b>	<b>% Bénéfica</b>	<b>p</b>
Liste d'attente ou placebo	20	- 0,82	29	< 0,0001 <sup>a</sup>
Antidépresseurs	17	- 0,38	15	< 0,0001
Thérapie comportementale	13	- 0,05	2	= 0,95
Autres thérapies	22	0,24	10	< 0,01a

a. Hétérogénéité des études (p < 0,05).

Cette méta-analyse montre une supériorité de la thérapie cognitive par rapport à la liste d'attente ou le placebo, une supériorité par rapport aux antidépresseurs, et un groupe rassemblant les autres thérapies. Elle montre une égalité vis-à-vis des thérapies comportementales.

Le critère d'homogénéité n'était pas atteint dans la comparaison de la thérapie cognitive avec le placebo ou la liste d'attente et celle de la

thérapie cognitive avec les autres thérapies. L'absence d'homogénéité par rapport au placebo signifie qu'il existe de bonnes et de mauvaises études. Elle pourrait être liée à la présence de l'étude du NIMH et ses 239 patients évalués. Mais elle persiste même si cette étude est exclue du calcul. Cela signifie que l'effet placebo est assez important dans ces dépressions légères ou modérées.

L'égalité entre thérapie cognitive et thérapie comportementale n'est pas surprenante car, avec le temps, les deux thérapies sont devenues de plus en plus proches, ce qui explique la divergence avec ceux de Dobson. Dobson retrouvait une supériorité de la thérapie cognitive par rapport à la thérapie comportementale, ce qui suggérerait un processus et une valeur spécifique de la thérapie cognitive. En fait, il semble bien que les thérapies comportementales et les thérapies cognitives soient de plus en plus semblables. En effet, les comportementalistes ont intégré les méthodes cognitives à leur approche. De même, depuis longtemps, les cognitivistes utilisaient des techniques comportementales comme le jeu de rôle et la prescription d'activités de plaisir et de maîtrise, dont l'efficacité est démontrée. L'égalité entre les deux formes de thérapie retrouvées dans l'étude de Gloaguen et coll. (1998) se révèle homogène et reflète sans doute un rapprochement des pratiques de la thérapie cognitive et de la thérapie comportementale. Une méta-analyse plus récente a retrouvé la même absence de différence d'efficacité entre la thérapie comportementale fondée sur la prescription d'activités et la thérapie cognitive (Cuijpers et coll., 2007).

La comparaison de la thérapie cognitive avec les autres formes de thérapie est non homogène. Toutefois, le regroupement des thérapies l'est aussi car ont été incluses des études comparant la thérapie cognitive aux thérapies psychodynamiques ( $n = 7$ ), interpersonnelles ( $n = 4$ ), non directives ( $n = 2$ ), de soutien ( $n = 4$ ), de relaxation ( $n = 4$ ) et à la bibliothérapie ( $n = 1$ ). Cette comparaison globale n'a donc qu'une valeur indicative. Il était aussi discutable de regrouper la relaxation avec les autres thérapies, dans la mesure où les thérapies comportementales utilisent la relaxation et que les quatre études de relaxation sélectionnées ajoutaient au programme de relaxation des tâches d'activité visant à modifier les comportements passifs des patients, mais en incluant les autres études de relaxation dans l'ensemble des thérapies comportementales, les résultats de la méta-analyse étaient les mêmes.

L'hétérogénéité de la comparaison des psychothérapies appelait d'autres recherches. Elle a donc été «ré-analysée» par Wampold et coll. (2002). La base de données lui avait été fournie par les auteurs de la méta-analyse. La ré-analyse a été effectuée avec un critère propre à Wampold : la distinction entre les traitements de «bonne foi» et ceux qui ne le sont pas. Avec ce critère, cet auteur conclut à l'absence de différence entre les thérapies testées, car certaines ne seraient pas de «bonne foi». En revanche, les re-calculs de Wampold confirment ceux de Gloaguen et collaborateurs, en ce qui concerne la comparaison de l'ensemble des traitements, qu'ils soient ou non de «bonne foi» et l'égalité de la thérapie cognitive avec la thérapie comportementale.

De plus, la comparaison avec les antidépresseurs était très significativement favorable à la thérapie cognitive et parfaitement homogène. Il s'agissait de dépressions d'intensité légère ou moyenne et de patients, pour la très grande majorité, suivis en ambulatoires : donc de la forme la plus fréquente de dépression. C'est là la conclusion la plus importante de la méta-analyse de Gloaguen et coll. (1998), en termes de santé publique. Ce qui nous conduit au débat de fond : celui du choix entre la thérapie cognitive et les antidépresseurs.

### *Antidépresseurs ou psychothérapie ?*

Des méta-analyses récentes et bien documentées ont montré les effets peu probants des antidépresseurs (Turner et coll., 2008 ; Kirsch et coll., 2008) dans la dépression d'intensité moyenne ou légère. Elles incluaient les études non publiées mais disponibles auprès de la FDA, aux États-Unis. Leur conclusion est nette : seules les dépressions les plus graves bénéficient des antidépresseurs, mais faiblement, lorsqu'on le compare au placebo. Mais travail de Kirsch (2008) ne concerne que les antidépresseurs de seconde génération (les plus vendus et les plus coûteux).

La mise au grand jour de ces faits scientifiques longtemps méconnus permet de souligner l'importance des alternatives à la prescription systématique d'antidépresseur et de définir leurs indications, leurs limites et celles des psychothérapies.

#### LIGNES DE FORCE DU DÉBAT ACTUEL SUR LE TRAITEMENT DE LA DÉPRESSION : LE RAPPORT INSERM DE 2004 ET AU-DELÀ

L'ensemble du rapport Inserm porte sur seize troubles. La TCC a eu un grade A (efficacité démontrée) pour la dépression. L'expertise Inserm a tenu compte de l'effet placebo et des comparaisons entre les médicaments et les TCC. En ce qui concerne la dépression, la thérapie cognitive apparaît supérieure aux antidépresseurs (Gloaguen et coll., 1998) et ce de manière homogène dans la dépression d'intensité légère et moyenne.

Pour la dépression sévère, la TCC arrive à égalité avec les antidépresseurs dans une « méga analyse », c'est-à-dire une méta-analyse qui ne porte pas sur les moyennes des études mais qui étudie les scores de chaque sujet de chaque étude (De Rubeis, 1999).

La thérapie cognitive a des effets de prévention des rechutes à terme, tandis que l'arrêt des médicaments entraîne des rechutes : ce fait a été montré dans plusieurs essais répertoriés dans le rapport Inserm (p. 196- 202).

Ultérieurement au rapport Inserm, la combinaison psychothérapie plus antidépresseurs apparaît supérieure au médicament seul dans une revue méta-analytique des essais contrôlés (Pampallona et coll., 2004). Sur les seize études contrôlées qui ont été analysées : il y avait onze études portant sur les thérapies cognitives ou la thérapie comportementale et cognitive, deux sur la thérapie analytique, deux sur la thérapie interpersonnelle et une sur la thérapie de couple.

## BIAIS ET MOYENS DE LES CONTRÔLER

Les conflits d'intérêt représentent un problème dans la recherche pharmacologique aux États-Unis et ailleurs : une abondante littérature existe à ce sujet, en particulier au niveau de la recherche sur les neuroleptiques (Cosgrove et coll., 2006).

Il est donc nécessaire que les conflits d'intérêt soient déclarés et évalués par des comités indépendants : c'est ce qui existe pour les expertises de l'Inserm et de l'HAS et la majorité des revues scientifiques et des congrès internationaux.

Les études négatives sont souvent non publiées, mais disponibles auprès des instances officielles : en France l'HAS, aux États-Unis la FDA (Kirsch, 2008). Il existe des moyens statistiques pour calculer le nombre d'essais non publiés qui invaliderait les conclusions d'une méta-analyse. Plus il est faible plus la méta-analyse est contestable.

Il faut rechercher systématiquement les études non publiées pour entrer leurs données dans les méta-analyses : cette recommandation est ancienne mais difficile à mettre en pratique.

Le fait que 20 millions d'Américains n'ont pas accès aux soins remboursés de qualité les entraîne à rentrer dans les essais thérapeutiques, qui sont des études « pivotales » pour la mise sur le marché des nouveaux antidépresseurs. Ces personnes, qui vivent souvent à l'écart du consumérisme triomphant, sont particulièrement sensibles aux facteurs relationnels non spécifiques : autrement dit à l'effet placebo.

Une technique classique est d'éliminer les placebo-répondeurs avant de débiter l'essai : les études les plus récentes utilisent cette technique (*placebo lead in*). Elle est exigée par certaines agences officielles.

De plus, le placebo montre des effets en imagerie qui se recoupent partiellement avec ceux des antidépresseurs (Mayberg, 2002). Il faudrait donc dans le futur comparer ses effets neurobiologiques à ceux des thérapies et des médicaments.

En conclusion, les critiques des antidépresseurs montrent encore une fois l'intérêt des psychothérapies dans la dépression d'intensité faible et moyenne. Rappelons aussi que le département de santé britannique a décidé en 2008 de former plusieurs milliers de thérapeutes pour répondre à la demande et a recommandé l'utilisation des thérapies d'efficacité démontrée, en particulier la thérapie cognitive.

## Méta-analyse de la thérapie cognitive pour la dépression sévère hospitalisée

Chez les patients déprimés et hospitalisés, Stuart et Bowers (1995) ont présenté une méta-analyse très préliminaire qui correspondait à quatre études contrôlées. Ils rapportent simplement une taille d'effet de 1,13, calculée avec

le d de Cohen. L'évaluation était faite à la sortie de l'hôpital et la thérapie cognitive était combinée avec le traitement pharmacologique. La mesure commune était l'échelle d'Hamilton.

## Méta-analyse de la thérapie cognitive pour le sujet âgé

Une méta-analyse (Engels et Vermey, 1997) a inclus dix-sept études dont douze présentaient un groupe en thérapie cognitive, comportementale ou cognitivo-comportementale et donnaient lieu à 28 comparaisons. Comparée à des conditions contrôles, la thérapie cognitive avait une taille d'effet de 0,85 et la thérapie comportementale une taille d'effet de 0,96. La combinaison des deux thérapies aboutissait seulement à une taille d'effet de 0,45.

## Étude chez l'adolescent

L'étude principale (Brent, 1997) porte sur un échantillon clinique de 107 adolescents déprimés, âgés en moyenne de 15 ans et souffrant de dépression majeure selon le DSM-III-R. Ces jeunes patients devaient ne pas prendre de drogues et ne pas avoir été victimes d'abus sexuels. L'échelle de Beck était en moyenne de 24 avec un écart type de 8 : ce qui reflète une dépression modérée en moyenne. Ils ont été attribués au hasard à trois groupes :

- thérapie cognitivo-comportementale adaptée à un stade particulier du développement qu'est l'adolescence. Elle consistait essentiellement à la modification des pensées automatiques négatives, des systèmes de croyances dépressifs, à la résolution de problèmes, à l'apprentissage de la régulation des affects et au développement des compétences sociales par le jeu de rôle ;

- thérapie familiale comportementale d'inspiration systémique. Le thérapeute aide la famille à mettre en évidence les problèmes comportementaux, puis cherche à développer une attitude active de résolution de problèmes et la communication au sein de la famille. L'accent était mis sur l'éducation du groupe familial au sujet de la dépression et les problèmes liés à la phase de l'adolescence ;

- thérapie individuelle non directive. Ce groupe avait pour but de contrôler les facteurs non spécifiques des deux traitements à l'étude. Bien qu'encourageant l'expression des affects et offrant un soutien empathique, les thérapeutes ne donnaient pas de conseil ni ne cherchaient à développer chez le patient des compétences spécifiques. Ce groupe « placebo » était important dans la mesure où plusieurs études de pharmacologie de la dépression chez l'adolescent avaient rapporté un taux élevé d'effet placebo.

Les traitements comportaient entre douze et seize séances hebdomadaires. De plus, les trois groupes avaient reçu dans les trois premières séances une psycho-éducation familiale sur la dépression : les parents recevaient un manuel et étaient invités à en discuter. Une heure était consacrée à la psycho-éducation parentale.

L'analyse en intention de traiter a montré que les trois traitements obtenaient une réduction similaire du risque suicidaire et de l'incapacité fonctionnelle. Des différences sont apparues en faveur de la thérapie cognitive quant à la réduction de l'état dépressif, le taux des rémissions et la rapidité d'action, aussi bien par rapport à la thérapie comportementale familiale systémique que par rapport à la thérapie de soutien. La thérapie cognitive était perçue comme plus crédible que les deux autres formes de thérapie. De plus, au cours de l'étude, 38 % des mères et 6 % des pères ont été identifiés comme déprimés. Seulement un peu plus d'un tiers des mères ont accepté d'être traitées gratuitement par pharmacologie par l'équipe de recherche. Tous les pères déprimés ont refusé le traitement. Cette étude est limitée en raison de l'exclusion des patients présentant un trouble de personnalité borderline ou une dépendance aux drogues.

## Prévention des rechutes et des récidives

### *Prévention des rechutes*

#### ÉTUDE DE SIMONS

Les antidépresseurs modifient les cognitions dépressives tout autant que la thérapie cognitive qui, à ce niveau, n'apparaît pas spécifique. Cependant, la thérapie cognitive seule ou associée entraîne une diminution des rechutes et des récurrences statistiquement supérieure à la chimiothérapie seule (Simons, 1984, 1986).

#### ÉTUDE DU NIMH

L'étude du NIMH est plus récente, bien qu'ayant débuté en 1978. L'étude du NIMH (*National Institute of Mental Health*, Bethesda, États-Unis) a inclus 250 patients traités durant quinze semaines et randomisés en quatre groupes : « imipramine », « placebo + soutien psychologique », « thérapie cognitive » et « thérapie interpersonnelle ».

Les résultats montrent qu'il existe globalement une égalité entre thérapie cognitive, thérapie interpersonnelle et imipramine, ces trois traitements étant supérieurs au placebo ; mais la supériorité de la thérapie cognitive par rapport au placebo n'est pas aussi nette que celle des autres traitements. Cela s'explique par le fait que les dépressions les plus sévères répondent mieux à l'imipramine ou à la thérapie interpersonnelle qu'à la thérapie cognitive. Cependant, le véritable enjeu est la prévention des rechutes et des récurrences.

L'étude du suivi du NIMH (Shea, 1992) aboutit à des conclusions qui peuvent se résumer ainsi.

Douze à dix-huit mois après les seize semaines de traitement, les patients du groupe « thérapie cognitive » ont moins souvent repris un traitement que ceux du groupe « thérapie interpersonnelle » et ceux du groupe « imipramine + soutien ». La différence est statistiquement significative à douze mois avec les

deux autres traitements mais pas avec le groupe « placebo + soutien ». À dix-huit mois, il s'agit d'une tendance statistique de supériorité de la thérapie cognitive par rapport à la thérapie interpersonnelle et « imipramine + soutien ». Bien que recevant moins de traitements, les patients en thérapie cognitive cumulent en moyenne une durée de rémission (exprimée en semaines) supérieure à celle des patients traités par « imipramine + soutien » à six, douze et dix-huit mois. La différence est statistiquement significative.

Aucun traitement est meilleur pour la prévention des rechutes et des récurrences : il existe cependant une tendance non significative à la supériorité de la thérapie cognitive par rapport à la thérapie interpersonnelle et l'« imipramine + soutien », mais pas par rapport au « placebo + soutien ».

L'efficacité de la thérapie cognitive est corrélée à une faible dysfonction cognitive, une durée brève de l'épisode initial, l'absence d'histoire familiale de dépression, le début à un âge plus tardif et au fait que les patients soient mariés.

Le groupe ayant des troubles de la personnalité avait de meilleurs résultats avec la thérapie cognitive, alors que le groupe sans troubles de la personnalité avait de meilleurs résultats avec les trois autres traitements (Sotsky, 1991). Ce résultat en soi intéressant est en partie à l'origine de l'intérêt ultérieur de la thérapie cognitive pour les troubles de la personnalité : en effet, à travers les schémas cognitifs profonds des dépressifs et leur modification, elle agit, sans doute, sur des traits de personnalité comme le pessimisme ou le perfectionnisme qui aboutissent à des jugements négatifs sur soi et une perte de l'estime de soi.

Enfin, un autre résultat tardif de l'étude du NIMH est que la thérapie interpersonnelle ne se distinguait pas dans sa pratique de la thérapie cognitive. Après analyse des bandes vidéos de cet essai, un travail (Ablon et Jones, 2002) conclut que la thérapie interpersonnelle adhère plus fortement aux principes des thérapies cognitives et comportementales qu'à ses propres principes. Ce recouvrement met en doute son caractère original. Inversement il existe des méthodes interpersonnelles dans les programmes de thérapie cognitive. Ce résultat souligne aussi que toutes les thérapies efficaces, qu'elles soient comportementales, cognitives, ou interpersonnelles, ont six composantes identiques (Cottraux, 2006) :

- elles sont focalisées sur les problèmes actuels de la personne déprimée ;
- elles sont structurées et proposent un cadre conceptuel et une organisation des séances ;
- elles utilisent des techniques destinées à modifier les pensées négatives et à recadrer les interprétations dépressives ;
- elles se servent de méthodes de résolution de problèmes de la vie quotidienne ;
- elles utilisent des méthodes comportementales actives comme le développement de plan d'actions et une gestion positive de la réalité quotidienne ;
- elles proposent une psycho-éducation sur la maladie dépressive.

## ÉTUDE DE HOLLON ET SUIVI D'EVANS

Une étude (Hollon, 1992) a comparé des patients traités par thérapie cognitive, imipramine ou leur combinaison durant trois mois. Le traitement combiné ne s'est pas révélé supérieur à la thérapie cognitive seule ou à l'imipramine seule. Deux suicides ont eu lieu dans le groupe qui recevait l'antidépresseur seulement.

Evans (1992) rapporte un suivi de deux ans de cette étude, la moitié des patients sous imipramine ayant maintenu ce traitement durant cette période. Il note deux fois moins de rechutes dans ce groupe et dans le groupe traité par thérapie cognitive que parmi les patients ayant arrêté les médicaments.

*Synthèse des études de prévention des rechutes*

Le tableau 8.4 résume les travaux effectués de 1981 à 1992.

TABLEAU 8.4. — *Rechutes : thérapie cognitive (TC), antidépresseurs (AD) et combinaison (Gloaguen et coll., 1998).*

	<b>Suivis (années)</b>	<b>AD</b>	<b>AD + TC</b>	<b>TC</b>
Kovacs, 1981	1	56 %		35 %
Beck, 1985	1		18 %	42 %
Simons, 1986	1	66 %	43 %	12 %
Blackburn, 1986	2	78 %	21 %	21 %
Miller, 1989	1	82 %		46 %
Bowers, 1990	1	80 %		20 %
Evans, 1992	2	arrêt 50 %	15 %	21 %
		cont. 32 %	—	—
NIMH, 1992	1,5	50 %		36 %

Pas de différence *In* Beck et NIMH (Shea).

Tendances non significatives de supériorité de la thérapie cognitive ou sa combinaison vs médicament *In* Kovacs, Miller.

Différences significatives en faveur de la thérapie cognitive *In* Simons, Blackburn, Bowers et Evans.

Les effets de prévention des rechutes de la thérapie cognitive sont supérieurs à ceux des antidépresseurs (entre un et deux ans) dans six études contrôlées sur huit. Le taux de rechute de la thérapie cognitive va de 12 à 46 %, alors que celui des antidépresseurs va de 19 à 82 % selon les études. En moyenne, 60 % des patients traités par antidépresseurs seulement rechutent contre seulement 30 % des patients traités par thérapie cognitive seule ou combinée aux antidépresseurs.

### ÉTUDE HOLLON ET COLL. (2005)

Elle vise à comparer les effets durables de la thérapie cognitive par rapport à la prise d'antidépresseurs ; cette étude a inclus 104 patients, qui provenaient de l'étude contrôlée, citée plus haut, de De Rubeis et coll. (2005). Ils avaient une dépression sévère ou modérée. Des réponders à la thérapie cognitive ont été comparés à des réponders aux médicaments : la moitié des réponders aux médicaments ont reçu soit le médicament antidépresseur, soit un placebo. Le suivi est d'un an. Les patients qui avaient reçu la thérapie cognitive (30,8 %) ont moins rechuté que ceux qui avaient reçu le placebo (76 %) et pas plus que ceux qui continuaient à recevoir un médicament antidépresseur. Il y avait, également, des résultats suggérant que la thérapie cognitive pourrait prévenir les récédives.

### *Prévention des récédives*

#### ÉTUDE DE BLACKBURN ET MOORE (1997)

Dans cette étude contrôlée, 75 patients ont été inclus, qui devaient présenter au moins un deuxième épisode de dépression et avoir une échelle d'Hamilton supérieure à 16. La dépression était modérée.

Le premier groupe (n = 26) recevait des antidépresseurs durant la phase intensive de traitement et des antidépresseurs au suivi.

Le deuxième groupe (n = 22) recevait des antidépresseurs durant la phase intensive, puis, après leur arrêt, une thérapie cognitive durant le suivi.

Le troisième groupe (n = 27) recevait de la thérapie cognitive durant la phase intensive puis de la thérapie cognitive durant le suivi. Les résultats de la phase intensive n'ont pas montré de différences entre les trois groupes sur chacune des variables étudiées.

Dans la phase de maintien, d'une durée de deux ans, les patients ont continué à s'améliorer sans différence entre les groupes. Le taux de rechute est le suivant :

- antidépresseurs suivis de maintien des antidépresseurs : 31 % ;
- thérapie cognitive puis maintien de la thérapie cognitive : 24 % ;
- antidépresseurs remplacés par la thérapie cognitive : 36 %.

Il y avait cependant une tendance, non significative ( $p < 0,08$ ) et uniquement sur l'échelle de Beck, à une meilleure efficacité des traitements comportant la thérapie cognitive comparativement au traitement par antidépresseurs seuls.

#### EFFETS DE LA THÉRAPIE COGNITIVE SUR LES SYMPTÔMES RÉSIDUELS ET LES RÉCIDIVES

Dans l'étude de Fava et coll. (1998 a et b), la dépression récurrente était définie comme une dépression qui se traduisait par au moins trois épisodes. Quarante patients traités avec succès par antidépresseurs ont été randomisés en deux groupes soumis, durant les vingt semaines de l'étude, à un sevrage

progressif des médicaments. Les réponders au traitement antidépresseur ont été randomisés en deux groupes. Le premier groupe reçut la TCC, associée à une thérapie visant à développer le bien-être et changer le style de vie. Le second reçut un soutien clinique consistant à suivre l'état clinique, à parler des événements de la vie et à donner des conseils.

Les résultats ont montré sur deux ans que la thérapie cognitive avait un résultat supérieur au soutien clinique quant à la réduction des symptômes résiduels. La TCC présentait seulement 25 % de récives contre 80 % (différence significative sur les courbes de survie).

À six ans de suivi, le groupe qui avait reçu la TCC avait eu un taux de rechute de 40 % contre 90 % dans le groupe qui en avait la gestion clinique (Fava et coll., 2004). La différence était statistiquement significative.

Une étude de Paykel et coll. (1999) a suivi 158 patients avec une dépression majeure récente en rémission partielle sous antidépresseurs, à la dose moyenne correspondant à 185 mg d'amitryptiline ou 33 mg de fluoxétine. Ces patients avaient des symptômes résiduels d'une durée de deux à dix-huit mois. Sur 230 sujets éligibles, 158 ont été randomisés, 78 en gestion clinique et 80 en thérapie cognitive. Douze patients sont sortis d'essai dans le groupe de gestion clinique et dix-neuf dans celui de thérapie cognitive, pour infraction au protocole. Les patients étaient considérés en «rechute dépressive» s'ils présentaient les critères de DSM-III-R pour un épisode dépressif majeur pendant au moins un mois et si de plus, lors de deux entretiens en face à face effectués à au moins une semaine de distance, ils obtenaient un score égal ou supérieur à 17 sur l'échelle de dépression d'Hamilton. Au suivi, un patient était considéré comme ayant des symptômes persistants de rechute si : les symptômes résiduels avaient subsisté durant deux évaluations successives effectuées à deux mois d'intervalle ; le sujet atteignait un score égal ou supérieur à 13 sur l'échelle d'Hamilton lors des deux évaluations ; il présentait un niveau de détresse et de dysfonction qui ne permettait pas d'envisager l'arrêt des traitements additionnels.

La comparaison évaluait les effets de la gestion clinique seule ou de la gestion clinique associée à la thérapie cognitive durant seize séances étalées sur vingt semaines avec deux séances de rappel. Les sujets étaient évalués régulièrement durant les vingt semaines de traitement et une année consécutive. Ils recevaient des antidépresseurs de manière continue tout au long de l'étude. Les résultats ont montré que la thérapie cognitive diminuait le taux de rechutes pour la dépression majeure aiguë ainsi que pour les symptômes résiduels aussi bien dans l'échantillon en intention de traiter que chez les patients traités conformément au protocole. Les taux de rechute cumulés à la semaine 68 étaient de 47 % dans la gestion clinique des symptômes et 29 % en thérapie cognitive. Avec la thérapie cognitive, on observait plus de rémissions complètes à vingt semaines.

## PRÉVENTION DES RECHUTES DANS LES TROUBLES BIPOLAIRES

Des travaux de plus en plus nombreux apparaissent dans ce domaine et qui ont montré l'efficacité de la thérapie cognitive en termes de prévention des

rechutes (Jones, 2004). L'étude contrôlée randomisée la plus importante possède un suivi de deux ans (Lam et coll., 2005). Elle a inclus 103 patients ayant un trouble bipolaire selon le DSM-IV. La thérapie cognitive allongeait le temps avant la rechute par rapport au traitement habituel, en particulier lors de la première année. Le groupe en thérapie cognitive avait une humeur améliorée, une meilleure adaptation au trouble bipolaire, ainsi qu'un ajustement social accru et des cognitions dysfonctionnelles en décroissance. Bien entendu les deux groupes recevaient des médicaments.

## Thérapie cognitive et prévention du suicide

Il existe une méta-analyse qui regroupe plusieurs interventions qui ont une composante cognitive et plus récemment une étude contrôlée de bonne qualité sur la thérapie cognitive *per se*.

### *Méta-analyse d'Hawton (Cochrane, 2002)*

Elle a été particulièrement bien conduite. Son but était de faire la synthèse de toutes les études contrôlées qui ont examiné l'efficacité et le traitement des patients qui ont une conduite de danger pour eux-mêmes : tentatives de suicide, para-suicides et dont les problèmes sont autres que ceux des comportements dangereux que peuvent avoir les personnes présentant des déficits mentaux.

La revue de Hawton s'étend de 1966 à 1999, et n'inclut que des études contrôlées de bonne qualité bien qu'ayant souvent des effectifs relativement faibles. Ils étaient comparés à des traitements standard ou des traitements peu intensifs à la suite de tentatives de suicide médicamenteuses ou d'empoisonnement, de blessures volontaires. Les données ont été extraites des articles originaux par deux évaluateurs et ont été catégorisées suivant le type de traitement. La mesure utilisée pour évaluer l'efficacité des interventions thérapeutiques était le taux de comportements suicidaires répétés. Un total de vingt-trois études contrôlées, d'une qualité suffisante, a été retrouvé. Ces études randomisées ont été classifiées en onze catégories selon la nature des problèmes abordés et des comparaisons effectuées.

Les comparaisons ont montré une tendance vers la réduction de la répétition des comportements de menace de soi pour la résolution de problème et qu'il existait une tendance à une meilleure efficacité de la résolution de problème quand on la comparait à la prise en charge standard, lors du suivi. Cette tendance existait aussi pour une méthode simple qui consistait à laisser au patient des cartes permettant d'établir un contact urgent quand on le comparait au soin de post-cure habituel. Une diminution des taux de récurrences suicidaires était observée aussi pour les neuroleptiques retardés par rapport au placebo. Elle existait également pour la thérapie cognitive et comportementale « dialectique » de Linehan par rapport au traitement standard. Les autres comparaisons ne s'avéraient pas significatives. Les auteurs soulignaient qu'il fallait des études beaucoup plus poussées dans ce domaine pour aboutir à des conclusions.

## Étude contrôlée de Brown

L'étude de Brown et coll. (2005) porte sur l'ensemble des tentatives de suicide et non pas seulement sur celles qui sont liées à la dépression. L'essai était randomisé et comparait dix séances de thérapie cognitive spécialement organisées pour la prévention du suicide, au traitement habituel. L'essai a été proposé à 350 personnes, mais seulement 120 adultes y ont participé. Ils avaient récemment essayé de se suicider et étaient évalués dans les deux jours qui suivaient leur admission dans un service d'urgence. Les mesures étaient l'échelle de désespoir et le nombre de jours avant une récurrence, l'idéation suicidaire et la dépression.

Sur un suivi de dix-huit mois, 24 % des patients en thérapie cognitive contre 41 % des sujets en traitement « comme d'habitude » ont refait une tentative de suicide. Cette différence était statistiquement significative ( $p = 0,04$ ) et s'accompagnait d'une diminution significative de la dépression et du désespoir.

## Études de la thérapie cognitive en termes de coût/efficacité

La thérapie cognitive, de toute évidence, demeure une thérapie de spécialiste bien formé. Les thérapies cognitives peuvent représenter une alternative aux antidépresseurs dans la mesure où certains patients refusent ceux-ci, présentent des contre-indications ou encore les tolèrent mal. L'observance de la thérapie cognitive est en général meilleure que celle des traitements antidépresseurs isolés. Considérant le coût de la thérapie cognitive, certains auteurs ont suggéré de ne l'utiliser qu'en cas d'échec dûment avéré de deux traitements antidépresseurs différents correctement conduits et évalués. La validation économique de cette thérapie réside sans doute plus dans ses effets à long terme par rapport aux antidépresseurs.

D'autres travaux contrôlés ont été effectués sur le terrain et ont abouti à la conclusion que la thérapie cognitive avait un rapport coût/efficacité favorable par rapport aux traitements habituels avec des nuances selon les études.

Le rapport de *Health Technology Assessment* (Churchill et coll., 2001) conclut à un avantage modeste de la thérapie cognitive par rapport aux traitements usuels et à un meilleur effet des traitements cognitifs individuels.

Scott et coll. (2003), à partir de l'analyse d'une étude contrôlée (Paykel et coll., 1999), aboutissent à des conclusions simples : chez des patients qui ont des symptômes dépressifs, qui sont résistants aux traitements standard, ajouter la thérapie cognitive est plus coûteux mais plus efficace que le traitement classique. La dépression est un fardeau économique qui est au moins égal et parfois dépasse celui du sida, du cancer et des troubles coronariens. La thérapie cognitive est un rapport coût/efficacité favorable à condition que les décideurs envisagent de payer environ 5 650 € pour chaque rechute qui est prévenue par la thérapie cognitive, ce qui correspond à un coût de 3,14 € par jour sans dépression.

Revicki et coll. (2005) ont évalué le rapport coût/efficacité de la thérapie cognitive et comportementale chez des patientes ayant de faibles revenus. Elles étaient randomisées selon trois groupes : soit en pharmacothérapie (n = 88), soit en TCC (n = 90) ou bien recevant une information sur la dépression et un traitement habituel dans la communauté (n = 89). Pharmacothérapie et TCC étaient meilleures que le traitement dans la communauté et chacune coûtait le même prix (environ 16 € par jour sans dépression).

Au final, lorsqu'une intervention est à la fois plus coûteuse et plus efficace, la balle est dans le camp des décideurs. Quel prix la société attache à la souffrance humaine, lorsque des traitements sont plus efficaces, mais plus onéreux que des interventions plus banales ?

Antonuccio et coll. ont présenté une analyse économique comparant le rapport coût/efficacité de la TCC à celui d'un antidépresseur de prescription courante : la fluoxétine. Dans ce modèle, les coûts de santé directs et indirects (arrêts de travail, etc.) étaient pris en compte. L'auteur a tout d'abord calculé, à partir des données de la littérature, le taux de rechutes des patients guéris après traitement ; il trouve : chez les patients guéris par thérapie cognitive et comportementale 27 % de rechutes sur un an ; chez les patients guéris par médicaments 59 % de rechutes sur six mois ; chez les patients guéris par la combinaison des deux 29 % sur neuf mois. Sur une durée de deux ans la fluoxétine coûte 33 % plus cher que la TCC seule ; l'association fluoxétine + TCC coûte 23 % plus cher que la TCC seule. La TCC en groupe coûte 2 % moins cher que la TCC individuelle.

Ainsi, la conclusion est que la TCC est au moins aussi efficace que les médicaments, prévient les rechutes mieux que les médicaments et que ses coûts diminuent avec le temps.

Cependant, on peut observer que même si les thérapies cognitives sont au moins équivalentes aux antidépresseurs, un certain nombre de facteurs vont en limiter l'emploi. Tout d'abord, l'accès à des thérapeutes bien formés. Il faut trois ans et 5 à 600 heures pour former un thérapeute.

La prévention des rechutes et des récurrences par les TCC permet sans doute de les comparer favorablement avec la continuation de traitements pharmacologiques, durant plusieurs années. Même si le coût initial de la thérapie est relativement élevé, il décroît dans le temps, alors que le coût du traitement pharmacologique est stable. La thérapie cognitive peut être effectuée par des médecins généralistes mais aussi des non-médecins, non-psychologues, en particulier des infirmiers thérapeutes, comme en Angleterre, ce qui en diminuerait les coûts. Cependant, les coûts de formation doivent être intégrés dans le calcul et comparés à ceux de la formation de généralistes ou de spécialistes prescripteurs.

## La thérapie cognitive effectuée par des médecins généralistes : des données contrastées

Une étude (Scott, 1992) comparant chez des patients présentant une dépression d'intensité modérée un antidépresseur donné par un psychiatre, la

thérapie cognitive faite par un psychologue, des « conseils » donnés par un travailleur social et le traitement dit « de routine » effectué par un généraliste n'a pas observé de grandes différences à seize semaines entre les quatre conditions. Les traitements effectués par les spécialistes coûtaient deux fois plus que ceux faits par les généralistes. La conclusion est, qu'en soins primaires, les généralistes représentent le meilleur choix en termes de rapport coût/efficacité à court terme. Les résultats à long terme ne sont pas envisagés dans cette étude.

D'autres études sont plus pessimistes. L'étude de King et coll. (2002) part de la constatation que la plupart des gens qui ont des problèmes psychologiques ne reçoivent pas de traitement et que ceux qui cherchent de l'aide pour des problèmes sévères sont pour la plupart pris en charge par des généralistes et que la plupart des thérapies dans le climat anglais sont effectuées par des spécialistes. Il faut donc évaluer les interventions psychologiques des généralistes. Des généralistes ont été assignés au hasard en un groupe qui recevait une formation brève en thérapie cognitive et comportementale et en un groupe contrôle. La randomisation était cachée. Le cours consistait en quatre demi-journées consacrées à des ateliers à une semaine d'intervalle. La première demi-journée était constituée d'une présentation clinique de l'anxiété, de la dépression, des schémas de classification en pratique générale, le développement des capacités à reconnaître le diagnostic, les causes habituelles de la dépression et les traitements antidépresseurs. La deuxième demi-journée comprenait à une introduction à la théorie des TCC, la capacité de faire une analyse fonctionnelle des problèmes présentés par le patient ainsi que des fiches d'évaluation, leur surveillance et l'établissement de buts. La troisième demi-journée consistait à former les médecins au sujet du modèle cognitif ainsi que sur les évaluations comportementales et cognitives, le développement de programme d'activités pour le patient, la mise en jeu de la restructuration cognitive et des lignes directrices pour la thérapie. La quatrième demi-journée consistait à apprendre la résolution de problèmes et des lignes directrices pour la thérapie cognitive et comportementale en pratique générale ainsi qu'un résumé et une revue des connaissances. Les mesures effectuées ont montré que les généralistes avaient amélioré leurs connaissances.

L'étude a inclus un total de 292 patients qui ont été randomisés, mais dont seulement 125 ont pu être étudiés au cours d'un suivi de six mois dans le groupe thérapie cognitive et comportementale et 121 dans le groupe « traitement comme d'habitude ». Les résultats de l'inventaire de dépression de Beck ont montré que la formation des médecins n'avait pas eu d'impact mesurable sur les résultats. Le questionnaire mesurant les attitudes des généralistes vis-à-vis de la dépression n'a montré que peu de différences à six mois entre ceux qui avaient reçu l'intervention et ceux qui avaient été assignés au groupe contrôle. Il semble donc qu'il n'y a pas eu de meilleur apprentissage en quatre jours. Ces résultats montrent donc qu'une formation très limitée en thérapie cognitive et comportementale a peu d'effet sur les capacités des généralistes à identifier et à traiter la dépression.

## La thérapie cognitive par un programme présenté sur ordinateur

Pour réduire les coûts, des traitements par ordinateur ont été proposés (Selmi, 1990). La généralisation d'une telle pratique soulève des réserves évidentes à la fois scientifiques et éthiques : vouloir aller trop vite et aveuglément pourrait aboutir à des coûts humains et/ou financiers plus élevés que des prises en charge individuelles ou en groupe. En fait, on peut aujourd'hui voir les choses d'une manière plus optimiste car l'ordinateur est entré dans les mœurs.

Proudfoot et coll. (2004) ont proposé un programme de huit séances interactives multimédias de thérapie comportementale et cognitive, intitulé : *Beating the blues*. Chaque séance est hebdomadaire, dure 50 minutes et propose des tâches pratiques à réaliser entre les séances. Les séances sont adaptables à chaque sujet. À la fin de chaque séance, l'ordinateur imprime un rapport des progrès du patient pour ce dernier et son généraliste. Il précise si le patient a exprimé des intentions suicidaires. Une infirmière est là pour expliquer et lancer programme, elle quitte la pièce mais sert de personne-ressource en cas de difficultés. Elles ne passent en moyenne que cinq minutes de contact avec les patients par heure. Les auteurs vont chercher à démontrer l'efficacité et les effets économiques de ce programme (McCrone et coll., 2004). Un échantillon de deux cent soixante-quatorze patients avec de l'anxiété et de la dépression a été randomisé en deux groupes; un programme de thérapie comportementale et cognitive par ordinateur ( $n = 146$ ) avec ou sans médicament, mais sans intervention psychothérapique et un traitement comme d'habitude ( $n = 128$ ) où les patients pouvaient recevoir des médicaments et des interventions psychothérapiques. Le suivi était de six mois. Les patients avaient une dépression moyenne ou sévère.

*Beating the blues* s'est révélé meilleur que le traitement comme d'habitude sur l'échelle de Beck, l'échelle d'ajustement au travail et social, et une mesure des schémas cognitifs : l'échelle du style d'attribution et l'échelle d'anxiété de Beck. Il n'y avait pas d'interaction avec les médicaments, ni de relation avec la durée de la maladie précédente ou la sévérité du trouble actuel. En ce qui concerne l'anxiété, le style positif d'attribution, le traitement interagissait avec la sévérité de telle sorte que la thérapie par ordinateur avait un meilleur résultat que le traitement usuel pour les patients les plus perturbés. La thérapie par ordinateur amène aussi une plus grande satisfaction avec les traitements que le traitement habituel. Les auteurs concluent que la TCC est applicable sur une plus large échelle pour l'anxiété et la dépression dont la pratique est générale. Un certain nombre de limitations sont à envisager pour cette étude. Les résultats étaient mesurés simplement par auto-évaluation. Les patients avaient conscience de chaque traitement ce qui est, de toute façon, une nécessité et un certain nombre de données étaient manquantes, ce qui est quand même assez fréquent dans les études en milieu naturel. Enfin, il apparaissait que la thérapie semblait acceptable aux patients.

Les effets économiques du même programme sont analysés par McCrone et coll. (2004) qui montrent les coûts obtenus pour 123 participants du premier groupe et 138 participants du deuxième groupe. Les coûts ont été plus élevés sur huit mois pour la thérapie comportementale et cognitive qui était délivrée par ordinateur. Les coûts d'emploi perdu étaient inférieurs pour le groupe thérapie comportementale et cognitive (511 €, intervalle de confiance à 90 %, 246 € à 736 €). Les auteurs aboutissent à la conclusion statistique qu'il y a 80 % de chances qu'un programme de thérapie comportementale et cognitive sur informatique ait un bon niveau de coût/efficacité. Il se révèle même efficace si l'on envisage la qualité de la vie ajustée sur un an.

## La thérapie cognitive sur Internet

Une étude (Christensen et coll., 2004) a évalué l'efficacité de deux interventions sur Internet pour des personnes demeurant dans la communauté et présentant des symptômes de dépression. Il y avait deux sites Web, l'un qui donnait une information au sujet de la dépression; l'autre était un site interactif qui permettait la mise en place d'une thérapie cognitive et comportementale. Le protocole était randomisé et a inclus 525 personnes dont les symptômes dépressifs allaient croissant; 116 personnes ont été randomisées sur le site qui offrait de l'information et 182 personnes ont été randomisées sur le site qui offrait une TCC interactive. Le groupe contrôle consistait en une procédure attention placebo pour 178 patients. Les mesures évaluaient le changement dans la dépression et les pensées dysfonctionnelles, la connaissance des aspects psychologiques médicaux, du style de vie et des traitements. Elles évaluaient, également, la connaissance de la thérapie cognitive et comportementale.

L'analyse en intention de traiter a montré que l'information et les interventions qui mettaient «de TCC» et étaient plus efficaces que la procédure «attention placebo», qui était crédible. Les deux groupes traités ont vu se réduire les symptômes de dépression. Aussi bien les thérapies cognitives et comportementales que la psychoéducation peuvent être délivrées par Internet, avec des résultats intéressants pour réduire les symptômes de la dépression.

## La thérapie cognitive par téléphone

Une étude (Mohr et coll., 2005) a testé l'efficacité de seize semaines de thérapie cognitive et comportementale par rapport à un contrôle tout à fait valide puisqu'il s'agissait d'une thérapie de soutien centrée sur l'émotion. Cent vingt-sept patients ont été randomisés. Les mesures étaient l'échelle d'Hamilton de dépression, le SCID pour le diagnostic des troubles de la dépression majeure, l'échelle de Beck de dépression et une échelle mesurant les affects positifs et négatifs. Sur les 127 patients randomisés, seulement sept patients ont quitté le traitement prématurément. Il y a eu une amélioration

significative sur toutes les mesures et un accroissement de l'échelle d'affect positif. Cependant, les améliorations étaient plus importantes pour la TCC quand on la comparait à la thérapie de soutien centrée sur l'émotion. Mais les résultats étaient dissociés. La différence était significative pour l'échelle d'Hamilton et l'échelle d'affects positifs, mais ne l'était pas pour l'échelle de dépression de Beck. À douze mois les différences entre les deux traitements n'existaient plus. Il apparaît donc clairement à la suite de cette étude que la thérapie cognitive agit plus vite et avec des effets plus spécifiques.

## Validation de la thérapie cognitive par l'imagerie cérébrale

Actuellement les interventions psychothérapeutiques peuvent être évaluées par les méthodes d'imagerie cérébrale.

Goldapple et coll. (2004) ont effectué une étude avec la caméra à positons (TEP) et la méthode au 18-FDG. Il a ainsi établi la comparaison d'un groupe de dix-sept dépressifs unipolaires suivis en TCC avec treize dépressifs unipolaires traités par paroxétine. Quatorze patients ont répondu à la thérapie cognitive et ont été analysés. Il n'y avait pas de randomisation, ce qui constitue un biais. L'étude des répondeurs montre que la paroxétine module certains sites : il s'agit des régions préfrontales qui montrent une augmentation, tandis que les régions hippocampiques et subgenuales du gyrus cingulaire montrent une décroissance. Cependant, certains changements sont spécifiques de la thérapie cognitive par rapport à ceux qui sont obtenus des antidépresseurs : une augmentation dans l'hippocampe et le gyrus cingulaire dorsal. Et, également, une décroissance dans le cortex frontal dorsal, ventral et moyen.

Les travaux de neuro-imagerie cérébrale ont montré qu'à l'état de repos le cortex frontal moyen restait la seule zone à continuer à avoir une activité supérieure à celle du reste du cortex cérébral. On a pu mettre en évidence expérimentalement que ce fonctionnement correspondait à une activité cognitive consistant en une évaluation positive et négative de soi. Le rôle du cortex frontal antérieur (orbito-frontal) est de filtrer l'information négative, qui serait facilement rejetée par des sujets normaux ou qui présentent une évaluation systématiquement positive d'eux-mêmes (Beer, 2007).

Il a été montré avec l'IRM fonctionnelle que les sujets déprimés ont une difficulté à traiter l'information positive et à activer le cerveau émotionnel : les régions hippocampiques lors de la présentation sur un écran de visages exprimant le bonheur, alors que des sujets contrôles sans dépression activaient facilement ces régions. Après un traitement antidépresseur, les personnes déprimées pouvaient, à nouveau, activer normalement ces régions (Fu, 2007). Cette étude soutient donc l'hypothèse d'un blocage cognitif de l'information émotionnelle positive, lors de la dépression, et en désigne la localisation cérébrale.

Une étude, effectuée avec la caméra à positons (18 FDG) qui comparait l'action d'un antidépresseur à celui de la thérapie cognitive chez des patients déprimés, a montré que les sujets qui répondaient aussi bien à la thérapie cognitive qu'à l'antidépresseur montraient une diminution de l'activité dans le cortex cérébral frontal moyen et le cortex cérébral antérieur orbito-frontal. En parallèle, les régions temporales et occipitales droites du cortex (appartenant au cerveau émotionnel) étaient plus activées après l'amélioration de la dépression (Kennedy et coll., 2007).

## Conclusion

La thérapie cognitive de la dépression est la psychothérapie qui a été le plus étudiée et la mieux validée dans son efficacité, ses modes d'intervention ainsi que ses modèles théoriques, comme le soulignent deux revues très complètes qui effectuent le bilan de quarante ans de travaux (Beck, 2005; Butler et coll., 2006).

Au Royaume-Uni, le rapport de *Health Technology Assessment* (Churchill, et coll., 2001) ainsi que le rapport du *Department of Health* (2001) ont abouti aux mêmes conclusions. En 2004 le *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) britannique a fait les recommandations suivantes : la thérapie cognitive est le traitement de choix pour la dépression légère, est une option pour la dépression d'intensité modérée et demeure indiquée dans la dépression d'intensité sévère en association avec les antidépresseurs.

La thérapie cognitive est maintenant appliquée à une grande diversité d'états psychopathologiques autres que la dépression.

C'est le cas des troubles anxieux, de la boulimie, des douleurs chroniques, de l'agressivité pathologique, du stress, des toxicomanies, de l'impulsivité chez les enfants et des troubles de la personnalité (Kendall et Hollon, 1979; Emery et coll., 1981; Beck 2004 et 2005; Giesen-Bloo, 2006; Cottraux et Blackburn, 2006; Butler, 2006).

En France, le rapport Inserm (2004) a donné un grade A efficacité démontrée à la thérapie cognitive pour la dépression d'intensité légère ou moyenne.

Un tel développement a pour origine des études montrant l'efficacité de la thérapie cognitive dans la dépression. Par leur rigueur méthodologique et leurs résultats positifs, elles ont inspiré des applications plus vastes. Ceci explique que A.T. Beck ait reçu le prix Lasker de médecine, la plus haute distinction médicale américaine, en 2007, pour l'ensemble de son œuvre.

## conclusion

Nous avons voulu dans ce livre montrer la pertinence des modèles cognitifs pour décrire et comprendre la dépression. Certains ont parlé de « révolution » à propos du mouvement cognitif : mais nous le considérons plutôt comme une évolution de la pensée européenne, et un carrefour où se rencontrent plusieurs écoles.

L'approche cognitive postule, chez le déprimé, l'existence d'une dysfonction du traitement de l'information qui reposerait sur des schémas cognitifs dépressogènes situés dans la mémoire à long terme. L'existence de schémas cognitifs dépressogènes apparaît très vraisemblable, au cours des états dépressifs. La recherche ne permet pourtant pas d'affirmer qu'en dehors des états dépressifs, les schémas cognitifs dépressogènes persistent. Il y a autant d'arguments contre que pour une telle stabilité qui représenterait un véritable trait de personnalité. De même, les relations entre les facteurs biologiques, sociaux, émotionnels et cognitifs de la dépression apparaissent encore peu clarifiées.

La thérapie cognitive a montré une efficacité certaine dans des états dépressifs majeurs et mineurs. Cette efficacité est égale ou supérieure aux antidépresseurs tricycliques dans sept études contrôlées. Son rôle dans la prévention des rechutes, montré par plusieurs études, demeure à préciser. Les processus thérapeutiques de la thérapie cognitive demeurent inconnus : sort qu'elle partage avec les autres psychothérapies, et aussi la chimiothérapie. La thérapie cognitive est une thérapie complexe dont la pratique combine de nombreuses modalités d'intervention. Celles-ci pourraient être isolées et étudiées une à une, dans le but de simplifier les traitements.

La chimiothérapie antidépressive a des effets voisins de la thérapie cognitive sur les schémas cognitifs. Ce fait suggère une action non spécifique de la chimiothérapie, et de la thérapie cognitive sur les processus de traitement de l'information. La recherche de mécanismes communs aux antidépresseurs et aux diverses thérapies de la dépression permettrait sans doute de dépasser des controverses parfois stimulantes, mais souvent futiles.

La thérapie cognitive représente un des moyens de lutte contre les états dépressifs qui a le plus stimulé l'intérêt des chercheurs et des thérapeutes ces dernières années. Ce qui permet d'envisager des progrès dans les années à venir, aussi bien dans le domaine des traitements que de la prévention.

# bibliographie

- ABLON J.S., JONES E.J. Validity of controlled trials of psychotherapy : findings from the NIMH treatment of depression collaborative research program. *Archives of General Psychiatry*, 2002, 159, 775-783.
- ABRAMSON L., SELIGMAN M.E.P., TEASDALE J.D. Learned helplessness in humans : critique and reformulation. *Journal of Abnormal psychology*, 1978, 87, 49-74.
- ABRAMSON L. Depression, non depression and attributional styles. *American Association for the Advancement of Behavior Therapy*. Philadelphia, 1984.
- AHERN G., SCHWARTZ G. Differential lateralization for positive versus negative emotion. *Neuropsychologia*, 1979, 17, 693-597.
- AITKEN R. Measurement of feelings using visual analogue scales. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 1969, 62, 989-993.
- AKISKAL H. Interaction of biologic and psychologic factors in the origin of depressive disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1985, 319, 71, 131-139.
- ALLOY L., ABRAMSON L. Judgement of contingency in depressed and nondepressed students : sadder but wiser? *Journal of Experimental Psychology*, 1979, 108, 441-485.
- ALLOY L.B., CLEMENTS C.M. Hopelessness theory of depression : Tests of the symptom component. *Cognitive Therapy and Research*, 1998, 22, 4, 303-335.
- ALLOY L.B., ABRAMSON L.Y., WHITEHOUSE W.G. et coll. Depressogenic cognitive styles : predictive validity, information processing and personality characteristics, and developmental origins. *Behaviour Research and Therapy*, 1999, 37, 503-53.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, DSM-IV-TR. Traduction coordonnée par Julien-Daniel GUELFI, Masson, 2003.
- ASHWORTH C., BLACKBURN I.M., MC PHERSON F. The performance of depressed and manic patients on some repertory gri measures : a cross-sectional study. *British Journal of Medical Psychology*, 1982, 55, 247-255.
- BAKISH D. New standard of depression treatment : remission and full recovery. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2001, 62, suppl. 26, 5-9.
- BANDURA A. *Social learning theory*. Prentice Hall. Englewood Cliffs, NJ, 1977.
- BECK A.T., WARD C., MENDELSON M., MOCK J., ERBAUGH J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 1961, 4, 561-571.
- BECK A.T. *Depression : clinical, experimental and theoretical aspects*. Harper and Row, New York, 1967.
- BECK A.T., GREENBERG R.L. *Coping with depression*. Institute of Rational Living, New York, 1973.
- BECK A.T., HERMAN I., SCHUYLER D. Development of suicidal intent scales. In : BECK A.T., RESNIK H., LETTIERI D. (eds), *Measurement of suicidal behaviors*. Charles Press, New York, 1973.
- BECK A.T., WEISSMAN A., LESTER D., TREXLER L. The measurement of pessimism : the hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1974, 42, 861-865.
- BECK R., MORRIS J., BECK A.T. Cross-validation of the suicidal intent scale. *Psychological Reports*, 1974, 445-446.

- BECK A.T. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press, New York, 1976.
- BECK A.T., RUSH A.J., SHAW B.F., EMERY G. *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press, New York, 1979.
- BECK A.T., EPSTEIN N., HARRISON R. Cognitions, attitudes and personality dimensions in depression. *British Journal of Cognitive Therapy*, 1983, 1, 1-11.
- BECK A.T. Cognition and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 1984b, 41, 1112-1114.
- BECK A.T. Cognitive therapy, behavior therapy, psychoanalysis and pharmacotherapy : the cognitive continuum. In : WILLIAMS J. et SPITZER R. (eds). *Psychotherapy Research*. Guilford Press, New York, 1984a, 114-135.
- BECK A.T., STEER R., KOVACS M., GARRISON B. Hopelessness and eventual suicide : a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 1985b, 142, 559-563.
- BECK A.T., HOLLON S., YOUNG J. et coll. Treatment of depression with cognitive therapy and amitriptyline. *Archives of General Psychiatry*, 1985b, 42, 142-148.
- BECK A.T., EMERY G. *Anxiety Disorders and Phobias. A cognitive perspective*. Basic Books, New York, 1985.
- BECK A.T., FREEMAN A., DAVIS D. et coll. *Cognitive therapy of personality disorders*. 2<sup>nd</sup> edition, Guilford Press, New York, 2004.
- BECK A.T. The Current State of Cognitive Therapy : a 40-Year Retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 2005, 62, 953-959.
- BECK A.T. The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 2008 ; 165 : 969-977-.
- BEER J.S. The default self : feeling good or being right? *Trends in cognitive neurosciences*, Update, 2007.
- BERNHEIM H. *De la suggestion* (1916). Retz, Paris, 1975.
- BEUTLER L.E., SCOGIN F., KIRKISH P. et coll. Group cognitive therapy and alprazolam in the treatment of depression of older adults. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 1987, 55, 550-556.
- BLACKBURN I.M., BONHAM K. Experimental effects of a cognitive therapy technique in depressed patients. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 1980, 19, 353-363.
- BLACKBURN I.M., BISHOP S., GLEN A. et coll. The efficacy of cognitive therapy in depression : a treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy each alone and in combination. *British Journal of Psychiatry*, 1981, 139, 181-189.
- BLACKBURN I.M., BISHOP S. Changes in cognition with pharmacotherapy and cognitive therapy. *British Journal of Psychiatry*, 1983, 143, 609-617.
- BLACKBURN I.M., EUNSON K., BISHOP S. A two-year naturalistic follow up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy and the combination of both. *Journal of Affective Disorders*, 1986, 10, 67-75.
- BLACKBURN I.M., JONES S., LEWIN R. Cognitive style in depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 1986, 25, 241-251.
- BLACKBURN I.M., EUNSON K. A content analysis of thoughts and emotions elicited from depressed patients during cognitive therapy. *Second international conférence on cognitive psychotherapy*. Umea, Sweden, 1987.
- BLACKBURN I.M. *Coping with depression*. Chambers, Edinburgh, 1987.
- BLACKBURN I.M. Psychological processes in depression (sous presse). In : MILLER E. et COOPER P.J., *Adult Abnormal Psychology*. Churchill and Livingstone, London, 1987.
- BLACKBURN I.M., MOORE R.G. Controlled acute and follow-up trial of cognitive therapy and pharmacotherapy in out-patients with recurrent depression. *British Journal of Psychiatry*, 1997, 171, 328-34.

- BLANEY P., BEHAR V., HEAD R. Two measures of depressive cognitions : their association with depression and with each other. *Journal of Abnormal Psychology*, 1980, 89, 678-682.
- BLATT S., D'AFFLITI J., QUINLAN D. Experience of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 1976, 85, 383-389.
- BLATT S., QUINLAN D., CHEVRON S. et coll. Dependency and self-criticism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1982, 50, 113-124.
- BOUVARD M., COTTRAUX J. *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*. 4<sup>e</sup> édition, Masson, Paris, 2005.
- BOWER G. Contact of cognitive psychology with social learning theory. *Cognitive Therapy and Research*, 1978, 2, 2, 123-146.
- BOWER G., COHEN P. Emotional influences in memory and thinking : data and theory. In : CLARK et FISKE (eds), *Affect and cognition*. Lawrence Erlbaum, Hillsdale, N.J., 1982.
- BOWER G. Mood and memory. *American Psychologist*, 1981, 36, 129-148.
- BOWERS W. Treatment of depressed in-patients. Cognitive therapy plus medication, relaxation plus medication and medication alone. *Br J Psychiatry*, 1990, 156, 73-8.
- BRENT D.A., HOLDER D., KOLKO D. et al. A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family and supportive therapy. *Arch Gen Psychiatry*, 1997, 54, 877-85.
- BROWN G., HARRIS T. *Social origins of depression*. Tavistock Press, London, 1978.
- BROWN R., LEWINSOHN P. *Participant workbook for the coping with depression course*. Castalia Publishing Co., Eugene, Oregon, 1984.
- BROWN G.K., TENHAVE T., HENRIQUES G.R. et coll. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts : a randomized controlled trial. *JAMA*, 2005, 294, 563-570.
- BURNS D. *Feeling good : the new mood therapy*. William Morrow et Co., New York, 1980.
- BUTLER A.C., CHAPMAN J.E., FORMAN E.M., BECK A.T. The empirical status of cognitive-behavioral therapy : a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 2006, 26, 17-31.
- CACIOPPO J., PETRY R. Social psychological procedures for cognitive response assessment : the thought listing technique. In : MERLUZZ T., GLASS C. et GENEST M. (eds), *Cognitive Assessment*. Guilford Press, New York, 1981, 309-342.
- CANE D., OLINGER L., GOTLIB I., KUIPER N. Factor structure of the dysfunctional attitude scale in a student population. *Journal of Clinical Psychology*, 1986, 42, 301-309.
- CARNEY R., HONG B., O'CONNELL, AMADO H. Facial electromyography as predictor of treatment outcome in depression. *British Journal of Psychiatry*, 1981, 138, 485-489.
- CASH T. The irrational beliefs test : its relationship with cognitive behavioral traits and depression. *Journal of Clinical Psychology*, 1984, 40, 1399-1405.
- CHARCOT J. *L'hystérie*. Trillat E. (ed). Privat, Toulouse, 1971.
- CHOMSKY N. *Le langage et la pensée* (1968). Payot, Paris, 1970.
- CHRISTENSEN H., GRIFFITHS K.M., JORM A.F. Delivering interventions for depression by using internet : a randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 2004, 328, 265-270.
- CHURCHILL R., HUNOT V., CORNEY R. et coll. A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cot-effectiveness of brief psychological treatment for depression. *Health Technology Assessment*, 2001, vol. 5, n° 35.
- CLARK D. On the induction of depressed mood in the laboratory : evaluation and comparison on the Velten and musical procedures. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 1983, 5, 27-49.
- COLLET L., COTTRAUX J., JUNET C. Tension headaches : relation between MMPI Paranoia score and pain and between MMPI hypochondriasis score and frontalis EMG. *Headache*, 1986, 26, 7, 365-368.

- COLLET L., COTTRAUX J., LADOUCEUR R. Cognitive therapy of depression and countermand effects : A pilot study. *Psychological Reports*, 1987, 60, 555-560.
- COLLET L., DUCLAUX R. Hemispheric lateralization of emotions : absence of electrophysiological arguments. *Physiology and Behavior*, 1987, 40 (2), 215-220.
- CONTE H., PLUTCHIK R., WILD K., KARASU T. Combined Psychotherapy and pharmacotherapy for depression. A systematic analysis of evidence. *Archives of General Psychiatry*, 1986, 43, 471-479.
- COSGROVE L., KRIMSKY S., VIJAYARAGHAVAN M., SCHNEIDER L. Financial ties between DSM-IV panel members and the pharmaceutical industry. *Psychother Psychosom*, 2006, 75 (3), 154-60.
- COTTRAUX J. *Les thérapies comportementales et cognitives*. 4<sup>e</sup> édition, Masson, Paris, 2004.
- COTTRAUX J. Grief therapy and cognitive restructuring in a depressed woman acquitted of a justifiable homicide. *Behavioural Psychotherapy*, 1981, 9, 194-199.
- COTTRAUX J., BOUVARD M., LÉGERON P. *Méthodes et échelles d'évaluation des comportements*. Editions d'Application Psychotechniques. Issy-les-Moulineaux, 1985.
- COTTRAUX J., COLLET L. Les thérapies cognitives de la dépression : perspectives actuelles. *Confrontations Psychiatriques*, 1986, 26, 113-129.
- COTTRAUX J. *Place des psychothérapies contemporaines dans le traitement de la dépression*. 2<sup>e</sup> édition, Doin, Paris, 2006.
- COTTRAUX J. *La force avec soi. Pour une psychologie positive*. Odile Jacob, Paris, 2007.
- COTTRAUX J., BLACKBURN I.M. *Thérapies cognitives des troubles de la personnalité*. 2<sup>e</sup> édition, Masson, Paris, 2006.
- COTTRAUX J. *Les thérapies cognitives*. 2<sup>e</sup> édition, Paris, Retz, 2001.
- COVI L., LIPMAN R., DEROGATIS L. et coll. Drugs and group psychotherapy in neurotic depression. *American Journal of Psychiatry*, 1974, 131, 191-198.
- COVI L., LIPMAN R.S. Cognitive behavioural group psychotherapy combined with imipramine in major depression. *Psychopharmacol Bulletin*, 1987, 23, 173-176.
- COYNE J., GOTTLIB I. The role of cognition in depression : a critical appraisal. *Psychological Bulletin*, 1993, 94, 472-505.
- CRAIK F., LOCKHART R. Levels of processing : a framework for memory research. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 1972, 11, 671-684
- CRANDELL C., CHAMBLESS D. The validation of an inventory for measuring depressive thoughts : the Crandell cognitions inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 1986, 24, 403-411.
- CROWNE D., MARLOW D. *The approval motive : studies in evaluative dependency*. John Wiley, New York, 1964,
- CUIJPERS P., VAN STRATEN A., WADERMAN L. Behavioral activation treatment of depression a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 2007, 27, 318-326.
- DAVIDSON R., SCHWARTZ G., SARON C. et coll. Frontal versus parietal asymmetry during positive and negative affect. *Psychophysiology*, 1982, 16, 1235-1236.
- DAVIDSON R., FOX N. A symmetrical brain activity discriminates between positive versus negative affective stimuli in 10 month old human infants. *Science*, 1982, 218, 1235-1236.
- DEMPSEY P. A unidimensional depression scale for the MMPI. *Journal of Consulting Psychology*, 1964, 28, 364-370.
- DEPARTMENT OF HEALTH. Treatment Choice in Psychological Therapies and Counselling. *Evidence Based Practice Guideline*. London, February 2001. [www.doh.gov.uk/mentalhealth/treatmentguideline](http://www.doh.gov.uk/mentalhealth/treatmentguideline).
- DE RUBEIS R.J., GELFAND L.A., TANG T.Z., SIMONS A.D. Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients : mega-analysis of four randomized comparisons. *American Journal of Psychiatry*, 1999, 156, 1007-1013.

- DE RUBEIS R.J., HOLLON S., ALMSTERDAM J. et coll. Cognitive Therapy versus medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 2005, 62, 409-416.
- DOBSON K., BREITER H. Cognitive assessment of depression : reliability and validity of three measures. *Journal of Abnormal Psychology*, 1983, 92, 107-109.
- DOBSON K. A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1989, 57, 414-9.
- DREES. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. *Études et résultats*, n° 347, octobre 2004, 2-3.
- DUNN R. Cognitive modification with depressive-prone patients. *Cognitive Therapy and Research*, 1979, 3, 307-317.
- EAVES G., RUSH J. Cognitive patterns in symptomatic and remitted unipolar major depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 1984, 93, 31-40.
- EDWARDS A. *The measurement of personality traits by scales and inventories*. Holt, Rinehart and Winston, New York, 1970.
- EHRlichman H., WEINBERGER A. Lateral eye moment and hemispheric asymmetry : a critical review. *Psychological Bulletin*, 1978, 85, 1080-1101.
- ELKIN-WASKOW I. Two psychotherapies as effective as drugs. *Psychiatric News*, 1986, 21, 1 et 24-25.
- ELKIN I., SHEA M.T., WATKINS J.T. et coll. NIMH Treatment of depression collaborative research program : general effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 1989, 46, 971-982.
- ELLIS A. *Reason and emotion in psychotherapy*. Lyle Stuart. New York, 1962.
- EMERY G., FOX S. Cognitive therapy of alcohol dependency. In : EMERY G., HOLLON S. et BEDROSIAN R. (eds). *New directions in cognitive therapy*. Guilford Press, New York, 1981, 181-200.
- ENGELS G.I., VERMEY M. Efficacy of nonmedical treatments of depression in elders : a quantitative analysis. *Journal of Clinical Geropsychology*, 1997, 3, 17-35.
- EVANS M.D., HOLLON S.D., DERUBEIS R.J. et coll. Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Archives of General Psychiatry*, 1992, 49, 802-808.
- EYSENCK H. *The manual of the Maudsley personality inventory*. University Press, London, 1959.
- FAVA G.A., RUINI C., RAFANELLI C. et coll. Six year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression. *American Journal of Psychiatry*, 2004, 161, 1872-1876.
- FAVA G.A., RAFANELLI C., GRANDI S. et coll. Six years outcome for cognitive behavioral treatment of residual symptoms in major depression with. *American Journal of Psychiatry*, 1998b, 155, 1443-5.
- FAVA G.A., RAFANELLI C., GRANDI S. Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy. *American Journal of Psychiatry*, 1998a, 155, 816-20.
- FEIGHNER J., ROBINS E., GUZE S. et coll. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 1972, 26, 57-63.
- FENNELL M., TEASDALE J. Cognitive therapy with chronic drug-refractory depressed outpatients : a note of caution. *Cognitive Therapy and Research*, 1982, 6, 455-459.
- FENNELL M., CAMPBELL E. The cognition questionnaire : specific thinking errors in depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 1984, 23, 81-92.
- FONTAINE O., WILMOTTE J. La dépression. In : FONTAINE O., COTTRAUX J. et LADOUCEUR R. (eds), *Cliniques de thérapie comportementale*. Mardaga, Bruxelles, 1984, 105-121.

- FREUD S. A case of successful treatment by hypnosis. With some remarks on the origin of hysterical symptoms through counter will (1893). In : *Collected Papers*, Vol. 5. Hogarth Press, London, 1971.
- FREUD S. *Deuil et mélancolie* (1918). In : *Métopsychoanalyse*. Gallimard, Paris, 1968.
- FRIDLUND A., SCHWARZ G., FOWLER S. Pattern recognition of self reported emotional state from multiple site facial EMG activity during affective imagery. *psychophysiology*, 1984, 21, 622-637.
- FRIEDMAN A. Interaction of drug therapy with marital therapy in depressed patients. *Archives of General Psychiatry*, 1975, 32, 619-637.
- FU C.H.Y., WILLIAMS S.C.R., BRAMMER M.J. et coll. Neural responses to happy facial expressions in major depression following antidepressant treatment, *American Journal of Psychiatry*, 2007, 164, 599-607.
- FUCHS C., REHM L. A self-control behavior therapy program for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1977, 45, 206-215.
- GARAMONI G.L., REYNOLDS C.F., THASE M.E. Shifts in affective balance during cognitive therapy for major depression, procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1992, 60 (2), 260-6.
- GARBER J., ROBINSON N.S. Cognitive vulnerability in children at risk for depression. *Cognition Emotion*, 1997, 11, 619-35.
- GENEST M., TURK D. Nink-aloud approaches to cognitive assessment. In : MERLUZZI T., GLASS C. et GENEST M. (eds), *Cognitive Assessment*. Guilford Press, New York, 1981, 233-269.
- GIESEN-BLOO J., VAN DYCK R., SPINHOVEN P. et coll. Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder Randomized Trial of Schema-Focused Therapy vs Transference-Focused Psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 2006, 63, 649-658.
- GLASS M., UHLENHUTH E., HARTEL F. et coll. Cognitive dysfunction and imipramine in outpatients depressives. *Archives of General Psychiatry*, 1981, 38, 1048-1051.
- GLEN A., JOHNSON A., SHEPHERD M. Continuation therapy with lithium and amitriptyline in unipolar illness : a randomised double-blind controlled trial. *Psychological Medicine*, 1984, 14, 37-50.
- GLOAGUEN V., COTTRAUX J., CUCHERAT M., BLACKBURN I.M. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 1998, 49, 59-72.
- GOLDAPPLE K., SEGAL Z., GARSON C. et coll. Modulation of corticolimbic pathways in major depression. Treatment specific effects of Cognitive Behavior Therapy. *Archives of General Psychiatry*, 2004, 61, 34-40.
- GOLIN S., SWEENEY P., SHAEFFER D. The causality of causal attributions in depression : a cross-lagged panel correlational analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 1981, 90, 14-22.
- GOODWIN A., WILLIAMS M. Mood induction research : its implication for clinical depression. *Behavior Therapy and Research*, 1982, 20, 373-382.
- GREENBERG L., SAFRAN J. Integrating affect and cognition : a perspective on the process of therapeutic change. *Cognitive Therapy and Research*, 1984, 8, 6, 559-578.
- GREENE S. Levels of measured Hopelessness in the general population. *British Journal of clinical Psychology*, 1981, 20, 11-14.
- GURTMAN M. Depressive affect and interpersonal disclosures as factors in interpersonal rejection. *Cognitive Therapy and Research*, 1987, 11, 1, 87-100.
- GUTHRIE E., MOOREY J., MARGISON F. et coll. Cost-effectiveness of brief psychodynamic-interpersonal therapy in high utilizers of psychiatric services. *Archives of General Psychiatry*, 1999, 56, 519-526.

- HAAGA D.A.F., DE RUBEIS R.J., STEWART B.L. et coll. Relationship of intelligence with cognitive therapy outcome. *Behavior Research and Therapy*, 1991, 3, 277-81.
- HAMILTON M. A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 1960, 23, 56-61.
- HAMITON E., ABRAMSON L. Cognitive patterns and major depressive disorder : a longitudinal study in a hospital setting. *Journal of Abnormal Psychology*, 1983, 92, 173-184.
- HAMMEN C., KRANTZ S., COCHRAN S. Relationships between depression and causal attributions about stressful life events. *Cognitive Therapy and Research*, 1981, 5, 351-358.
- HAMMEN C., MARKS T., MAYOL A., DE MAYO R. Depressive self-schemas, life stress and vulnerability to depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 1985, 94, 308-319.
- HARDY P. Aspects cognitifs de la pathologie dépressive. *Encyclopédie Médico Chirurgicale*, 1986, 9, 1-37110.
- HARIRI A., HOLMES A. Genetics of emotional regulation : the role of the serotonin transporter in neural function. *Trends in Cognitive Sciences*, 2006, 10, 14, 182-191.
- HARREL T., RYON N. Cognitive-behavioral assessment of depression : clinical validation of the automatic thoughts questionnaire : *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1983, 51, 721-745.
- HARTMANN H. *La psychologie du moi et le problème de l'adaptation*. P.U.F., Paris, 1968.
- HATHAWAY S., MC KINLEY J. *MMPI manual*. Psychological Corporation, New York, 1951.
- HATTA T. Lateral eye movement and hemisphere asymmetry : effects of question type, task type, emotion type, and individual differences. *Cortex*, 1984, 20, 543-556.
- HAUTEKEETE M., VANTOMME B. Traitement de la dépression par une intervention basée sur l'association verbale. *Psychologie Médicale*, 1986, 18, 5, 733-739.
- HAWTON K., TOWNSEND E., ARENSMAN E. et coll. Psychosocial and pharmacological treatments for deliberate self harm. *Cochrane Review*, 2002. Résumé gratuit sur Internet (*Cochrane Library*), texte complet seulement pour les abonnés.
- HAYNAL A. *Désespoir et créativité. Le sens du désespoir*. Césura, Lyon, 1987.
- HIMLE D., HNAT S., THYER B., PAPSDOF J. Factor structure of the rational behaviour inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 1985, 41, 368-371.
- HIRSCHMAN R., SAFER M. Hemisphere differences in perceiving positive and negative emotions. *Cortex*, 1982, 18, 569-580.
- HOLLON S., KRISS M. Cognitive factors in clinical research and practice. *Clinical Psychology Review*, 1984, 4, 35-76.
- HOLLON S., KENDALL P. Cognitive self-statements in depression : development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 1980, 4, 383-385.
- HOLLON S., KENDALL P., LUMRY A. Specificity of depressotypic cognitions in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 1986, 95, 52-59.
- HOLLON S.D., DERUBELS R.J., EVANS M.D. et coll. Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression singly and in combination. *Archives of General Psychiatry*, 1992, 49, 774-781.
- HOLLON S., DE RUBEIS R., EVANS D. et coll. Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. Singly and in combination. *Archives of General Psychiatry*, 1992, 49, 774-81.
- HOLLON S., DE RUBEIS R.N., SHELTON R. et coll. Prevention of relapse following Cognitive Therapy vs medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 2005, 62, 417-422.
- INGRAM R. *Information processing approaches to clinical psychology*. Academic Press, New York, 1986.
- INGRAM R.E., WISNICKI K.S. Cognition in depression. In : *Cognitive Bases of Mental Disorders*, MAGARO P.A., vol. 1, Newbury Park, 1991, 187-239.

- INSERM. Psychothérapie : trois approches évaluées. *Expertise Collective Inserm*, CANCEIL O., COTTRAUX J., FALISSARD B. et coll., Inserm, 2004, 553 p.
- JAENICKE C., HAMMEN C., ZUPAN B. et coll. Cognitive vulnerability in children at risk for depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1987, 153, 667-673.
- JANET P. *La médecine psychologique*. Flammarion, Paris, 1923.
- JOHNSON J.G., COHNE P., BROWN J. et coll. Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 1999, 56, 600-606.
- JONES R. A factored measure of ELLIS irrational belief system. Doctoral dissertation, Texas technical college, 1968, *Dissertation Abstracts*, 1969, 29, 7379B-4380B.
- JONES S. Psychotherapy of bipolar disorder a review. *Journal of Affective Disorders*, 2004, 80, 101-114.
- KELLER M.B., MCCULLOUGH J.P., KLEIN D.N. et coll. A Comparison of Nefazodone, the Cognitive Behavioral-Analysis System of Psychotherapy, and Their Combination for the Treatment of Chronic Depression. *The New England Journal of Medicine*, 2000, 20, 1462-1470.
- KELLY G. *The psychology of personal constructs*. Norton, New York, 1955.
- KENDALL P., HOLLON S. *Cognitive-behavioral interventions : theory, research and procedures*. Academic Press, New York, 1979.
- KENDALL P., KORGESKI G. Assessment of cognitive-behavioral interventions. *Cognitive Therapy and Research*, 1979, 3, 1-21.
- KENNEDY S.H., KONARSKI J.Z., SEGAL Z.V. et coll. Differences in brain glucose metabolism between responders to CBT and Venlafaxin in a 16-week randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 2007, 164, 778-788.
- KING M., DAVIDSON O., TAYLOR F. et coll. Effectiveness of teaching general practitioners skills in brief cognitive behaviour therapy to treat patients with depression : randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 2002, 324, 947.
- KIRSCH et coll. Initial Severity and Antidepressant Benefits : A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration. *Plos-Medecine*, 2008 (disponible sur Internet, document mis en ligne sur [afforthecc.org](http://afforthecc.org)).
- KLERMAN G., DI MASCIO A., WEISSMAN M. et coll. Treatment of depression by drugs and psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 1974, 131, 186-191.
- KLERMAN G., WEISSMAN M. Interpersonal psychotherapy : theory and research, In : RUSH J. (ed), *Short Term Psychotherapies for Depression*. Guilford Press, New York, 1982.
- KLERMAN G., WEISSMAN M. The interpersonal approach to understanding depression. In : MILLON T. et KLERMAN G. (eds), *Contemporary directions in psychopathology. Toward the DSM-IV* : Guilford, New York, 1986, 429-456.
- KLERMAN G.L., WEISSMAN M.M., ROUNSAVILLE B.J. et coll. *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York, Basic Books, 1984.
- KORNBLITH S., REHM L. O'HARA M., LAMPARSKI D. The contribution of self-reinforcement training and behavioral assignments to the efficacy of self-control therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 1983, 7, 499-528.
- KOVACS M., BECK A.T., WEISSMAN A. Hopelessness : an indicator of suicidal risk. *Suicide*, 1975, 5, 98-103.
- KOVACS M., RUSH J., BECK A.T., HOLLON S. Depressed out-patients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy : a one year follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 1981, 38, 33-39.
- KRANZ S., HAMMEN C. Assessment of cognitive bias in depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 1979, 88, 611-619.
- KRANZ S. When negative cognitions reflect negative realities. *Cognitive Therapy and Research*, 1985, 9, 6, 595-610.

- KUPFER D.J. Long-term treatment of depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1991, 52, suppl. 5, 28-34.
- LAM D., HAYWARD P.T., WATKINS E.R. et coll. Relapse prevention in patients with bipolar disorder : cognitive therapy outcome after two years. *Archives of General Psychiatry*, 2005, 162, 324-329.
- LANGER E. Rethinking the role of thoughts in social interaction. In : HARVEY J., ICKES W. et KIDD R. (eds), *New directions in attribution research*, Vol. 2. Erlbaum, Hillsdale, NJ, 1978.
- LAPOINTE K., CRANDELL C. Relationship of irrational beliefs to self-reported depression. *Cognitive Therapy and Research*, 1980, 4, 247-250.
- LEICHSENRING F., RABUNG S., LEIBING E. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders : a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 2008, 65 (2), 238.
- LEMPÉRIÈRE T., FÉLINE A. *Psychiatrie de l'adulte*. Masson, Paris, 2006, 2<sup>e</sup> édition.
- LEWINSOHN P. Clinical and theoretical aspects of depression. In : CALHOUN K., ADAMS H. et MITCHELL K. (eds), *Innovative treatment methods in psychopathology*. Wiley, Chichester, 1974, 63-120.
- LEWINSOHN P., STEINMETZ J., LARSON D., FRANKLIN J. Depression related cognitions antecedent : or consequence? *Journal of Abnormal Psychology*, 1981, 90, 213-219.
- LEWINSOHN P., SULLIVAN M., GROSSCUP S. Behavioral therapy : clinical applications. In : RUSH J. (ed), *Short Term Psychotherapies for Depression*. Guilford Press, New York, 1982.
- LEWINSOHN P.M., MUNOZ R., YOUNGREN M.A. et coll. *Control your depression*. Englewood Cliffs, Prentice Hall, NJ, 1978, révisé en 1986, New York, Simon and Schuster, 1992.
- LINEHAN M., NIELSEN S. Assessment of suicide ideation and parasuicides hopelessness and social desirability. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1981, 51, 773-775.
- LINEHAN M., NIELSEN S. Social desirability : its relevance to the measurement of hopelessness and suicidal behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1983, 51, 141-143.
- LOHR J., BONGE D. Ibe factorial validity of the irrational beliefs test : a psychometric investigation. *Cognitive Therapy and Research*, 1982, 6, 225-230.
- MAHONEY M. *Cognition and behavior modification*. Ballinger, 1974.
- MC LEAN P., HAKSTIAN A. Comparative efficacy of out-patients treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1979, 47, 818-836.
- MC NAIR D., LORR M., DROPPelman L. *Profile of mood states*. Educational and Industrial Testing Services, San Diego, Ca, 1971.
- MARTIN S.D., MARTIN E., RAI S.S. et coll. Brain blood flow changes in depressed patients treated with interpersonal psychotherapy or Venlafaxine hydrochloride. Preliminary findings. *Archives of General Psychiatry*, 2001, 58, 641-648.
- MAYBERG H.S., SILVA J.A., BRANNAN S.K. et coll. The functional neuroanatomy of the placebo effect. *American Journal of Psychiatry*, 2002, 159 (5), 728-37.
- MCCRONE P., KNAPP M., PROUDFOOT J. et coll. Cost-effectiveness of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care : randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 2004, 185, 55-62.
- MCCUSKER J., COLE M., KELLER E. et coll. Effectiveness of treatments of depression in older ambulatory patients. *Archives International Medicine*, 1998, 158, 705-712.
- MINKOFF K., BERGMAN E., BECK A.T., BECK R. Hopelessness, depression and suicide. *American Journal of Psychiatry*, 1973, 130, 455-459.
- MIRANDA J.B., GROSS J.J. Cognitive vulnerability, depression and the mood state dependent hypothesis : « Is out of sight out of mind? » *Cognition Emotion*, 1997, 585-605.

- MOHR D.C., HART S.L., JULIAN L. et coll. Telephone-administered psychotherapy for depression. *Archives of General Psychiatry*, 2005, 62, 1007-1014.
- MOORE R.G., BLACKBURN I.M. The relation of sociotropy and autonomy to symptoms, cognitions and personality in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 1994, 32, 239-45.
- MURPHY G.E., SIMONS A.D., WETZEL R.D., LUSTMAN P.J. Cognitive therapy and pharmacotherapy. Singly and together in the treatment of depression. *Archives of General Psychiatry*, 1984, 41, 33-41.
- MYERS J., WEISSMANN G., TISCHLER G. et coll. Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities. *Archives of General Psychiatry*, 1984, 41, 959-967.
- NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE). Depression management of depression in primary and secondary care. London England National Institute for Clinical Excellence, *Clinical Guideline*, n° 23, 2004.
- NEISSER U. *Cognition and reality. Principles and implication of cognitive psychology*. Freeman, San Francisco, 1976.
- NEKANDA-TREPKA C., BISHOP S., BLACKBURN I. M. Hopelessness and depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 1983, 22, 49-60.
- NELSON R. Irrational beliefs in depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1977, 45, 1190-1191.
- NEWMARK C., WHITT J. Endorsements of Ellis irrational beliefs as a function of D.S.M. III psychotic diagnoses. *Journal of Clinical Psychology*, 1983, 39, 820-823.
- NISBETT R., WILSON T. Telling more than we know : verbal reports on mental process. *Psychological Review*, 1977, 84, 231-259.
- NORMAN W., MILLER I., KLEE S. Assessment of cognitive distortion in a clinically depressed population. *Cognitive Therapy and Research*, 1983, 7, 1331-40.
- O'HARA M., FRENCH C., ZEROSWSKI E. et coll. Discriminating adaptive attributions : agreement between self-reports and objective ratings. *Cognitive Therapy and Research*, 1985, 9, 267-275.
- OLIVER J., BAUMGART E. The dysfunctional attitude scale : psychometric properties and relation to depression in an unselected adult population. *Cognitive Therapy and Research*, 1985, 9, 161-167.
- OMS. *CIM-10/ICD-10. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*. Masson, Paris, 1992.
- ORTON K., BEIMAN I., LAPOINTE K., LANKFORD A. Induced states of anxiety and depression. Effects on self-reported affect and tonic psychophysiological response. *Cognitive Therapy and Research*, 1983, 7, 3, 233-244.
- PAMPALLONA S., BOLLINI P., TIBALDI G. et coll. Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression : a systematic review. *Archives of General Psychiatry*, 2004, 61 (7), 714-719.
- PAYKEL E., SCOTT J., TESDALE J. et coll. Prevention of relapse in residual depression by cognitive therapy : a controlled trial. *Archives of General psychiatry*, 1999, 56, 829-835.
- PERSONS J., RAO P. Longitudinal study of cognitions, life events, and depression in psychiatric inpatients. *Journal of Abnormal Psychology*, 1985, 94, 5163.
- PETERSON C., SEMMEI A., VON BAEYER C. et coll. The attributional style questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 1982, 6, 287-300.
- PETRIE K., CHAMBELAIN K. Hopelessness and social desirability as moderator variables in predicting suicidal behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1983, 51, 485-487.
- PIAGET J. *Six études de psychologie*. Gonthier, Genève, 1964.
- PIATELLI-PALMARINI M. *Théories du langage. Théories de l'apprentissage. Le débat entre Jean Piaget et Noam Chomsky*. Editions du Seuil, Paris, 1979.

- PICHOT P. Introduction. In : *La maladie dépressive*. Ouvrage collectif, Ciba, Paris, 1983.
- PIGNATELLIO M., CAMP C., RASAR L. Musical mood induction, an alternative of the Velten techniques. *Journal of Abnormal Psychology*, 1986, 95, 295-297.
- POKORNY A., KAPLAN H., TSAI S. Hopelessness and attempted suicide : a reconsideration. *American Journal of Psychiatry*, 1975, 132, 954-956.
- PRIEN R., KLETT J., CAFFEY E. Lithium carbonate and imipramine in prevention of affective episodes. *Archives of General Psychiatry*, 1973, 29, 420-425.
- PROUDFOOT J., RYDEN C., EVERITT B. et coll. Clinical efficacy of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care : randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 2004, 185, 46-54.
- RANDOLPH J.J., DYKMAN B.M. Perceptions of Parenting and Depression-Promeness in the Offspring : Dysfunctional attitudes as a mediating Mechanism. *Cognitive Therapy and Research*, 1998, 22, 4, 377-400.
- RAPS C., PETERSON C., REINHARD K. et coll. Attributional style among depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 1982, 91, 102-108.
- RASKIN A., SCHULTERBRANDT J., REATIG N. Factors of psychopathology in interview, ward behavior and self-report ratings of hospitalized depressives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1967, 31, 270-278.
- REDA M., CARPILENO B., SECCHIAROM L., BLANCO S. Thinking, depression and antidepressants : modified and unmodified beliefs during treatment with amitryptiline. *Cognitive Therapy and Research*, 1985, 9, 135-143.
- REHM L. A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 1977, 8, 787-804.
- REHM L., KORNBILITH S., O'HARA M. et coll. An evaluation of major components in self-control behavior therapy program. for depression. *Behavior Modification*, 1981, 5, 459-489.
- REVICKI D.A., SIDDIQUE J., LORI F. et coll. Pharmacotherapy or Cognitive behavior Therapy compared with community referra for major depression in predominantly low-income minority women. *Archives of General Psychiatry*, 2005, 62, 868-875.
- RIPPERE V. « What's the thing to do when you're feeling depressed » — a pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 1977, 15, 185-191.
- ROSEBAUM M. A schedule for assessing self-control behaviors : preliminary findings. *Behavior Therapy*, 1980, 11, 109-121.
- ROSS M., SCOTT M. An evaluation of the effectiveness of individual and group cognitive therapy in the treatment of depressed patients in an inner city health center. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 1985, 35, 239-242.
- ROTTER J. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 1966, 80, 1-28.
- ROY A. Early parental separation and adult depression. *Archives of General Psychiatry*, 1985, 42, 987-991.
- RUSH A.J., BECK A.T., KOVACS M., HOLLON S. Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 1977, 1, 1, 17-37.
- RUSH J., SHAW B., KHATAMI M. Cognitive therapy of depression : utilizing the couple system. *Cognitive Therapy and Research*, 1980, 4, 103-113.
- RUSH J., WATKINS J. Group versus individual cognitive therapy : a pilot study. *Cognitive Therapy and Research*, 1981, 5, 95-103.
- RUSH J., KOVACS M., BECK A.T. et coll. Differential effects of cognitive therapy and pharmacotherapy on depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 1981, 3, 221-229.
- RUSH J., BECK A.T., KOVACS M. et coll. Comparison of the effects of cognitive therapy and pharmacotherapy on hopelessness and self-concept. *American Journal of Psychiatry*, 1982, 862-866.

- RUSH J. *Short Term Psychotherapies for Depression*. Guilford Press, New York, 1982.
- RUSH J., WEISSENBURGER J., EAVES G. Do thinking patterns predict depressive symptoms? *Cognitive Therapy and Research*, 1986, 10, 2, 225-236.
- RYLE A., KERR I.M. *Introducing Cognitive Analytic Therapy*, Chichester, UK, Wiley, 2002.
- SCHATZBERG A.F., RUSH A.J., ARNOW B.A. et coll. Chronic depression : medication (nefazodone) or psychotherapy (CBASP) is effective when the other is not. *Archives of General Psychiatry*, 2005, 62 (5), 513-20.
- SACKHEIM H., WEGNER A. Attributional patterns in depression and euthymia. *Archives of General Psychiatry*, 1986, 3, 553-560.
- SACKHEIM H., GREENBERG M., WEIMAN A. et coll. Hemispheric asymmetry in the expression of positive and negative emotions : neurologic evidence. *Archives of Neurology*, 1982, 39, 210-218.
- SCHWARTZ G. Biofeedback, self-regulation and the patterning of physiological process. *American Scientist*, 1975, 62, 314-324.
- SCHWARTZ G., FAIR P., SALT P. et coll. Facial muscle patterning to, affective imagery in depressed and non depressed subjects. *Science*, 1976, 192, 489-491.
- SCHWARTZ G., FAIR P., SALT P. et coll. Facial expression and imagery in depression : and electromyographic study. *Psychosomatic Medicine*, 1976, 38, 337-347.
- SCHWARTZ G., FAIR P., SALT P. et coll. Facial electromyography in the assessment of improvement in depression. *Psychosomatic Medicine*, 1978, 40, 4, 355-360.
- SCHWARTZ G., AHERN G., BROWN S. Lateralized facial muscle response to positive and negative emotional stimuli. *Psychophysiology*, 1979, 16, 561-571.
- SCHWARTZ G., BROWN S., AHERN G. Facial muscle patterning and subjective experience during affective imagery : sex differences. *Psychophysiology*, 1980, 17, 75-82.
- SCHWARTZ G., WIENBERGER D., SINGER J. Cardiovascular differentiation of happiness, sadness, anger and fear following imagery and exercise. *Psychosomatic Medicine*, 1981, 43, 4, 343-364.
- SCHWARTZ R., GARAMONI G. The internal dialogue and anxiety : asymmetries between positive and negative coping thoughts. *Paper presented at the annual convention of the Association of the Advancement of Behavior Therapy*, Philadelphia, 1984.
- SCHWARTZ R. The internal dialogue : on asymmetry between positive and negative coping thoughts. *Cognitive Therapy and Research*, 1986, 6, 10, 591-605.
- SCHWARTZ R.M., GARAMONI G.L. Cognitive balance and psychopathology : evaluation of an information processing model of positive and negative states of mind. *Clinical Psychology Review*, 1989, 9, 271-4.
- SCOTT A.I.F., FREEMAN C.L. Edinburgh primary care depression study : treatment outcome, patient satisfaction and cost after 16 weeks. *British Medical Journal*, 1992, 304, 883-887.
- SCOTT J., PALMER S., PAYKEL E. et coll. Use of cognitive therapy for relapse prevention in chronic depression : cost effectiveness study. *British journal of Psychiatry*, 2003, 182, 221-227.
- SELIGMAN M. *Helplessness. On development, depression and death*. Freeman, San Francisco, 1975.
- SELIGMAN M., ABRAMSON L., SEMMEL A., VON BAEYER C. Depressive attributional style. *Journal of Abnormal Psychology*, 1979, 88, 242-247.
- SELMI P., KLEIN M., GREIST J. et coll. Computer administered cognitive-behavioral therapy for depression. *American Journal of Psychiatry*, 1990, 147 (1), 51-6.
- SHAW B. Comparison of cognitive therapy and behavior therapy in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1977, 45, 543-551.

- SHEA M.T., PILKONIS P.A., BECKHAM E. et coll. Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of depression Collaborative Research program. *American Journal of Psychiatry*, 1990, 147, 711-718.
- SHERMAN A., PETRY F. Learned helplessness decreases (3H) imipramine binding in rat cortex. *Journal of affective disorders*, 1984, 6, 25-32.
- SHIPLEY C., FAZIO A. Pilot study of a treatment for psychological depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 1973, 82, 372-376.
- SHORKEY C., WHITEMAN V. *Development of the rational behavior inventory initial validity and reliability*. Educational and Psychological Measurement, 1977, 527-534.
- SIEGLE G.J., CARTER C.S., THASE M.E. Use of FMRI to predict recovery from unipolar depression with cognitive behavior therapy. *American Journal of Psychiatry*, 2006, 163, 735-738.
- SILVERMAN J., SILVERMAN J.A., EARDLEY D. Do maladaptive attitudes cause depression? *Archives of General Psychiatry*, 1984, 41, 28-30.
- SIMONS A., GARFIELD S., MURPHY G. The process of change in cognitive therapy. Changes in mood and cognitions. *Archives of General Psychiatry*, 1984, 41, 45-51.
- SIMONS A., LUSTMAN P., WETZEL R., MURPHY G. Predicting response to cognitive therapy of depression : the role of learned resourcefulness. *Cognitive Therapy and Research*, 1985, 9, 1, 79-89.
- SIMONS A., MURPHY G., LEVINE J., WETZEL R. Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. Sustained improvement over one year. *Archives of General Psychiatry*, 1986, 43-48.
- SKEVINGTON S.M. Chronic pain and depression : universal or personal helplessness? *Pain*, 1983, 15, 309-317.
- SKINNER B.F. *Verbal Behavior*. Prentice Hall, London, 1957.
- SKINNER B.F. *L'analyse expérimentale du comportement* (1968). Dessart, Bruxelles, 1971.
- SOTSKY S.M., GLASS D., SHEA T. et al. Patient predictor of response to psychotherapy : findings in the NIMH treatment of depression collaborative research program. *Am J Psychiatry*, 1991, 148, 8, 997-1008.
- SPIELBERGER C., GORSUCH R., LUSHENE R. *Manual for the state-trait anxiety inventory*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, Ca, 1970.
- SPITZER R., ENDICOTT J., ROBINS E. Critères diagnostiques pour la recherche en psychiatrie. R.D.C. (Research Diagnostic Criteria, 1978). Traduction ANSSEAU M. : *Acta Psychiatrica Belgica*, 1985, 85, 253-324.
- STUART S., BOWERS W.A. Cognitive therapy with inpatients : review and meta analysis. *Journal of Cognitive Psychotherapy Int Q*, 1995, 9, 85-92.
- TAYLOR F., MARSHALL W. Expérimental analysis of cognitive-behavioral therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 1977, 1, 59-72.
- TEASDALE J., TAYLOR R., FOGARTY S. Effects of induced elation-depression on the accessibility of happy and unhappy expériences. *Behaviour Research and Therapy*, 1980, 18, 339-346.
- TEASDALE J. Négative thinking in depression : cause, effect, or reciprocal relationship? *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 1983, 5, 3-25.
- TEASDALE J., FENNEL M., HIBBERT G., AMIES P. Cognitive therapy for major depressive disorder in primary care. *British Journal of Psychiatry*, 1984, 400-406.
- TEASDALE J., FENNEL M., HIBBERT G. et coll. Cognitive therapy for major depressive disorder in primary care. *British Journal of Psychiatry*, 1984, 400-406.
- THASE M.E., DUBÉ S., BOWLER K. et coll. Hypothalamic-pituitary-adrenocortical activity and response to cognitive behavior therapy in unmedicated hospitalized depressed patients. *American Journal of Psychiatry*, 1996b, 153 (7), 886-891.

- THASE M.E., GREENHOUSE J.B., REYNOLDS C.F. et coll. Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combination. *Archives of General Psychiatry*, 1997, 54, 1009-1015.
- THASE M.E., SIMONS A.D., REYNOLDS C.F. Abnormal electroencephalographic sleep profiles in major depression. *Archives of General Psychiatry*, 1996a, 53, 99-108.
- THYER B., PAPSDORF J. Concurrent validity of the rational behavior inventory. *Psychological Report*, 1981, 48, 255-258.
- TISSOT R. *Fonction symbolique et psychopathologie*. Masson, Paris, 1984.
- TULVING E. Episodic and semantic memory. In : TULVING E. et DONALDSON W. (eds), *Organization of memory*, New York, Academic Press, 1972.
- TURNER E.H., MATTHEWS A.M., LINARDATOS E. et coll. Selective publication of antidepressant trial and its influence on apparent efficacy. *The New England Journal of Medicine*, 2008, 358, 252, 2660.
- VELTEN E. A laboratory task for induction of mood states. *Behaviour Research and Therapy*, 1968, 6, 473-482.
- VÉRA L. Applications des thérapies comportementales chez l'enfant déprimé. *Psychologie Médicale*, 1986, 18, 5, 741-744.
- WALKER R. *Rachmaninoff*. Omnibus Press, Londres, 1984.
- WAMPOLD B.E., MINAMI T., BASKIN T.W. TIERNEY S.C. A meta- (re) analysis of the effects of cognitive therapy versus "other therapies" for depression. *Journal of Affective Disorders*, 2002, 68, 159-165.
- WATKINS J., RUSH J. Cognitive response test. *Cognitive Therapy and Research*, 1983, 7, 425-436.
- WATSON J. *Le behaviorisme* (1925). Retz, Paris, 1972.
- WEGMAN C. *Psychoanalysis and cognitive psychology. A formalization of Freud's earliest theory*. Academic Press, London, 1985.
- WEISSMAN A., RICKS D., TYL M. Characteristics and concomitants of mood fluctuations in college women. *Journal of Abnormal Psychology*, 1960, 60, 117-126.
- WEISSMAN A., BECK A.T. Development and validation of the dysfunctional attitude scale. *Paper presented at the annual meeting of the Association for advancement of Behavior Therapy*. Chicago, 1978.
- WEISSMAN M. Psychotherapy and its relevance to the pharmacotherapy of affective disorders : from ideology to evidence. In : LIPTON M., DI MASCO A. et KILLAM K. (eds), *Psychopharmacology : a generation of progress*. Raven Press, New York, 1978.
- WEISSMAN M., KLERMAN G., ROUNSAVILLE B.J. et coll. Short term interpersonal psychotherapy (I.P.T.) for depression description and efficacy. In : ANCHIN J.C. et KEISLER D.J. (eds), *Handbook of interpersonal psychotherapy*. Pergamon, New York, 1982.
- WETZEL R. Hopelessness, depression and suicide intent. *Archives of General Psychiatry*, 1976, 33, 1069-1073.
- WETZEL R., MARGUILES T., DAVIS R., KARAM E. Hopelessness, depression, and suicide intent. *Journal of Clinical psychology*, 1981, 20, 283-292.
- WIDLOCHER D. *Les logiques de la dépression*. Fayard, Paris, 1983<sup>a</sup>.
- WIDLOCHER D. *Le ralentissement dépressif*. P.U.F., Paris, 1983<sup>b</sup>.
- WIDLOCHER D. *Métapsychologie du sens*. P.U.F., Paris, 1986.
- WHITEHEAD A. Psychological treatment of depression. *Behaviour Research and Therapy*, 1979, 17, 405-509.
- WILKINSON I., BLACKBURN I. Cognitive style in depressed and recovered depressed patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 1981, 20, 283-292.
- WILSON P., GOLDIN J., CHARBONNEAU-POWIS M. Comparative efficacy of behavioral and cognitive treatments of depression. *Cognitive Therapy and Research*, 1983, 7, 111-124.

- WOLPE J. *La pratique de la thérapie comportementale*. Traduction Rognant J. Masson, Paris, 1975.
- ZAJONC R. Feeling and thinking. Preferences need no inferences. *American Psychologist*, 1980, 35, 151-175.
- ZANARINI M.C., FRANKENBURG F.R., DUBO E.D. et coll. Axis I Comorbidity of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 1998, 155, 1733-1739.
- ZANARINI M.C., FRANKENBURG F.R., HENNEN J. et coll. Axis I Comorbidity in Patients with Borderline Personality Disorder : 6-year follow-up and prediction of time to remission. *American Journal of Psychiatry*, 2004, 161, 2108-2114.
- ZANARINI M.C., WILLIAMS A.A., LEWIS R.E. et coll. Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 1997, 154, 1101-1106.
- ZARIFIAN E., LÔO H. *Les antidépresseurs. Aspects biologiques, cliniques, et thérapeutiques*. Roche, Paris, 1982.
- ZEISS A., LEWINSOHN P., MUNOZ R. Non-specific improvement effects in depression using interpersonal, cognitive and pleasant events focussed treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1979, 47, 427-439.
- ZINBARG R., BARLOW D., LIEBOWITZ M. et coll. The DSM-IV field trial for mixed anxiety depression. *American Journal of Psychiatry*, 1994, 151 (8), 1153-1162.
- ZUNG W. A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 1965, 12, 63-70.

# annexe 1

## faire face à la dépression

AARON T. BECK, RUTH L. GREENBERG

*Traduction et adaptation : Évelyne 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 croisie 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. Elle 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 débarrassés 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 mettrez 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.

annexe 2

fiches d'auto-enregistrement

Fiche d'auto-enregistrement des pensées dysfonctionnelles

<b>Situation</b>	<b>Émotion(s)</b>	<b>Pensées automatiques</b>	<b>Réponse rationnelle</b>	<b>Résultat</b>
Décrire : 1. L'événement précis produisant l'émotion déplaisante. ..... ..... .....	1. Spécifier : triste, agressif(ve), anxieux, etc. ..... ..... .....	1. Écrire la pensée automatique qui a précédé l'émotion. ..... ..... .....	1. Écrire la pensée rationnelle produite pour répondre à la pensée automatique. ..... ..... .....	1. Réévaluer votre niveau de croyance dans la pensée automatique. 0-100 % ..... ..... .....
2. Le fil d'idées, de pensées, de mémoires ou la rêverie, etc., produisant l'émotion déplaisante. ..... ..... .....	2. Évaluer l'intensité de l'émotion. 0-100 % ..... ..... .....	2. Évaluer votre niveau de croyance dans la pensée automatique. 0-100 % ..... ..... .....	2. Évaluer votre niveau de croyance dans cette réponse rationnelle. 0-100 % ..... ..... .....	2. Spécifier et évaluer les émotions qui s'en suivent. 0-100 % ..... ..... .....



## annexe 3

# compétences générales en thérapie cognitive

Vidéo .....

Nom du thérapeute.....

Nom du patient .....

Date.....

<b>Compétences générales</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– Développer une alliance thérapeutique</li><li>– Évaluer l'humeur du patient</li><li>– Établir un agenda</li><li>– Liens entre les séances sont établis</li><li>– Revue des tâches</li><li>– Résumés – synthèses</li><li>– Sollicitation d'un FB durant la séance</li><li>– Style collaboratif</li><li>– Découverte guidée</li><li>– Gestion du flux des sujets de la séance</li><li>– Rythme : utilisation efficace du temps</li><li>– Familiarisation avec TC : théorie</li><li>– Familiarisation avec TC : thérapie</li><li>– Focalisation sur les cognitions et comportements clés</li><li>– Mise au jour des pensées automatiques</li><li>– Évaluation des pensées automatiques</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Identifier les pensées dysfonctionnelles (schémas)</li><li>– Évaluer les pensées dysfonctionnelles</li><li>– Résolution de problème</li><li>– Établir des tâches adaptées</li><li>– Résumé de séance</li><li>– Recherche de <i>feed-back</i> en fin de séance</li></ul> <b>Interventions spécifiques</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– Introduction à la restructuration des pensées dysfonctionnelles</li><li>– Partager la conceptualisation avec le patient</li><li>– Psychoéducation</li><li>– Analyse coût/bénéfice</li><li>– Jeu de rôle rationnel/émotionnel</li><li>– Jeu de rôle pour développer les compétences</li><li>– Exposition en imagination</li><li>– Exposition <i>in vivo</i></li><li>– Revue/restructuration des expériences infantiles</li><li>– Autres</li></ul>
--	---

1. Fiche évaluation (Andy Butler Ph. D.). Traduction : J. Cottraux, unité de traitement de l'anxiété, hôpital neurologique, Lyon. *Beck Institute*, Philadelphie : évaluation des vidéos de thérapie cognitive.

## Check-list de compétence en thérapie cognitive<sup>2</sup>

### PASSATION

Il s'agit d'une simple *check-list* qui permet à un superviseur d'évaluer (en présent ou absent) ce qu'a fait ou non un thérapeute au cours d'une séance enregistrée en vidéo.

### VALIDATION

Il n'existe pas à ma connaissance de validation, c'est un instrument pratique destiné à la formation, pour donner un *feed-back* objectif sur la performance d'un thérapeute. Elle est utilisée couramment au centre de thérapie cognitive de Philadelphie. Elle a été aussi utilisée au DIU de TCC de Lyon pour évaluer les jeux de rôles des étudiants lors d'entretiens simulés.

## Références

- COTTRAUX J. Formation et supervision dans les thérapies comportementales et cognitives (TCC). *Psychothérapies*, 2004, 3, 151-159.
- COTTRAUX J., BLACKBURN I.M. *Psychothérapies cognitives des troubles de la personnalité*. 2<sup>e</sup> édition, Masson Paris, 2006.

---

2. A. Butler. Traduction : J. Cottraux, 2004.

## annexe 4

# échelles d'évaluation

## Échelles cognitives de mesure de la dépression

### *Inventaire de dépression de Beck : BDI (1979)*<sup>3</sup>

#### PASSATION

C'est le questionnaire de la dépression le plus utilisé. Le sujet remplit le questionnaire en entourant la lettre qui correspond à la proposition choisie. Il peut entourer dans une série plusieurs numéros, si plusieurs propositions lui conviennent.

#### DÉPOUILLEMENT ET INTERPRÉTATION DU SCORE

Chaque item comporte quatre phrases correspondant à quatre degrés d'intensité croissante d'un symptôme sur une échelle de 0 à 3. Dans le dépouillement, il faut seulement tenir compte de la cote la plus forte choisie pour une même série. La note globale est obtenue en additionnant les scores des 21 items.

Des seuils ont été établis par Beck :

< 10 : score normal

10-18 : dépression légère

19-29 : dépression modérée

30 : dépression sévère.

*Attention : le sujet signe le questionnaire, ce qui est important en cas d'annonce de projets suicidaires (item 9) : attention aux conséquences médico-légales d'une telle signature en cas de suicide ou de tentative. Il est conseillé au clinicien de lire attentivement cet item et d'en discuter avec le patient, si son score est élevé.*

---

3. Traduction : P. Bourque et D. Beaudette. Il existe une version plus récente : le BDI-2 disponible au Centre de psychologie appliqué, 25 rue de la Plaine, 75780 Paris cedex 20.

## VALIDATION

Cette échelle est l'une des mieux validées en anglais et en français et a été étudiée dans de nombreux pays.

## RÉFÉRENCE

BOUVARD M., COTTRAUX J. *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*. 4<sup>e</sup> édition, Masson, Paris, 2005.

## *Questionnaire des pensées automatiques* (Automatic Thoughts Questionnaire : ATQ)<sup>4</sup>

Le questionnaire des pensées automatiques (QPA) vise à évaluer le contenu négatif du monologue intérieur des sujets dépressifs. L'identification des pensées automatiques négatives permet ultérieurement de les modifier au cours de la thérapie cognitive.

## PASSATION

Le questionnaire comprend 30 items évaluant la fréquence des pensées automatiques au cours de la semaine précédente sur une échelle Likert (1 : pas du tout ; 2 : parfois ; 3 : assez souvent ; 4 : souvent ; 5 : tout le temps).

## DÉPOUILLEMENT ET INTERPRÉTATION DU SCORE

Le score global du questionnaire est obtenu à partir des notes attribuées à chaque item par le sujet (étendues de 30 à 150). Plus le score est élevé et plus le sujet a des pensées automatiques négatives. Dans la version française, les sujets déprimés ont une moyenne de 95,7 (SD = 23) et les sujets contrôles normaux une moyenne de 46,24 (SD = 12).

## VALIDATION

Échelle bien validée dans sa version anglaise et française.

## RÉFÉRENCE

BOUVARD M., COTTRAUX J. *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*. 4<sup>e</sup> édition, Masson, Paris, 2005.

---

4. S.D. Hollon, P. Kendall, 1980. Traduction : J. Cottraux.

## Échelle de désespoir ou « Échelle H » (Hopelessness Scale)<sup>5</sup>

### APPLICATIONS

C'est un questionnaire spécifique du dialogue interne du sujet et plus particulièrement de la vue négative de l'avenir. Le « désespoir » appartient à la triade cognitive qui associe des considérations négatives sur soi, le monde et le futur. L'échelle H est une mesure du pessimisme du sujet dépressif et indirectement elle reflète les intentions suicidaires.

Le sujet attribue un caractère vrai ou faux à chacun des items en cochant la colonne appropriée. La version française est appelée Échelle H de manière à ne pas induire le désespoir.

### DÉPOUILLEMENT ET INTERPRÉTATION DU SCORE

Neuf items reflètent le pessimisme s'ils sont cotés faux et onze items le reflètent s'ils sont cotés vrais. On attribue la note 1 aux items 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20 s'ils sont cotés « vrais » et aux items 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15, 19 s'ils sont cotés « faux ».

### VALIDATION

Dans la version française, les scores suivants ont été retrouvés : sujets dépressifs  $m = 13,6$  ( $SD = 4,8$ ) ; contrôles normaux  $5,36$  ( $SD = 3,65$ ).

*Attention : selon les travaux de Beck, un score de 13 prédit l'éventualité proche d'une tentative de suicide.*

### RÉFÉRENCE

BOUVARD M., COTTRAUX J. *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*. 4<sup>e</sup> édition, Masson, Paris, 2005.

---

5. A.T. Beck, 1974. Traduction : J. Cottraux.

## Inventaire de dépression de Beck

Nom : .....

Prénom : .....

Sexe : .....

Date : .....

Ce questionnaire contient des groupes d'énoncés. Lisez attentivement **tous les énoncés** pour chaque groupe, puis entourez la lettre correspondant à l'énoncé qui décrit le mieux la façon dont vous vous êtes senti(e) au cours des **sept derniers jours, aujourd'hui compris**. Si plusieurs énoncés semblent convenir également bien, encerclez chacun d'eux. Veuillez vous assurer d'avoir lu tous les énoncés de chaque groupe avant d'effectuer votre choix.

1. **a** Je ne me sens pas triste.  
**b** Je me sens triste.  
**c** Je suis tout le temps triste et je ne peux m'en sortir.  
**d** Je suis si triste que je ne peux le supporter.
  
2. **a** Je ne suis pas particulièrement découragé(e) par l'avenir.  
**b** Je me sens découragé(e) par l'avenir.  
**c** J'ai l'impression de n'avoir aucune attente dans la vie.  
**d** J'ai l'impression que l'avenir est sans espoir et que les choses ne peuvent s'améliorer.
  
3. **a** Je ne me considère pas comme un(e) raté(e).  
**b** J'ai l'impression d'avoir subi plus d'échecs que le commun des mortels.  
**c** Quand je pense à mon passé, je ne peux voir que des échecs.  
**d** J'ai l'impression d'avoir complètement échoué dans la vie.
  
4. **a** Je retire autant de satisfaction de la vie qu'auparavant.  
**b** Je ne retire plus autant de satisfaction de la vie qu'auparavant.  
**c** Je ne retire plus de satisfaction de quoi que ce soit.  
**d** Tout me rend insatisfait ou m'ennuie.
  
5. **a** Je ne me sens pas particulièrement coupable.  
**b** Je me sens coupable une bonne partie du temps.  
**c** Je me sens coupable la plupart du temps.  
**d** Je me sens continuellement coupable.
  
6. **a** Je n'ai pas l'impression d'être puni(e).  
**b** J'ai l'impression que je pourrais être puni(e).

- c** Je m'attends à être puni(e).  
**d** J'ai l'impression d'être puni(e).
7. **a** Je n'ai pas l'impression d'être déçu(e) par moi-même.  
**b** Je suis déçu(e) par moi-même.  
**c** Je suis dégoûté(e) de moi.  
**d** Je me hais.
8. **a** Je n'ai pas l'impression d'être pire que quiconque.  
**b** Je suis critique vis-à-vis de mes faiblesses ou de mes erreurs.  
**c** Je me blâme tout le temps pour mes erreurs.  
**d** Je me blâme pour tous les malheurs qui arrivent.
9. **a** Je ne pense aucunement à me suicider.  
**b** J'ai parfois l'idée de me suicider, mais je n'irais pas jusqu'à passer aux actes.  
**c** J'aimerais me suicider.  
**d** J'aimerais me suicider si j'en avais l'occasion.
10. **a** Je ne pleure pas plus qu'à l'ordinaire.  
**b** Je pleure plus qu'avant.  
**c** Je pleure continuellement maintenant.  
**d** Avant, je pouvais pleurer, mais maintenant, j'en suis incapable.
11. **a** Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant qu'auparavant.  
**b** Je suis agacé(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'auparavant.  
**c** Je suis continuellement irrité(e).  
**d** Je ne suis plus du tout irrité(e) par les choses qui m'irritaient auparavant.
12. **a** Je n'ai pas perdu mon intérêt pour les autres.  
**b** Je suis moins intéressé(e) par les gens qu'autrefois.  
**c** J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les gens.  
**d** J'ai perdu tout intérêt pour les gens.
13. **a** Je prends des décisions aussi facilement qu'avant.  
**b** Je remets des décisions beaucoup plus qu'auparavant.  
**c** J'ai beaucoup plus de difficulté à prendre des décisions qu'auparavant.  
**d** Je ne peux plus prendre de décisions.
14. **a** Je n'ai pas l'impression que mon apparence soit pire qu'auparavant.  
**b** J'ai peur de paraître vieux (vieille) ou peu attrayant (e).  
**c** J'ai l'impression qu'il y a des changements permanents de mon apparence qui me rendent peu attrayant(e).  
**d** J'ai l'impression d'être laid(e).

15. **a** Je travaille aussi facilement qu'avant.  
**b** Il faut que je fasse des efforts supplémentaires pour commencer quelque chose.  
**c** Je dois faire un très grand effort pour faire quoi que ce soit.  
**d** Je ne peux faire aucun travail.
16. **a** Je dors aussi bien que d'habitude.  
**b** Je ne dors pas aussi bien qu'avant.  
**c** Je me lève une à deux heures plus tôt qu'avant et j'ai du mal à me rendormir.  
**d** Je me réveille plusieurs heures plus tôt qu'avant et je ne peux me rendormir.
17. **a** Je ne suis pas plus fatigué(e) qu'à l'accoutumée.  
**b** Je me fatigue plus facilement qu'auparavant.  
**c** Je me fatigue pour un rien.  
**d** Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.
18. **a** Mon appétit est aussi bon que d'habitude.  
**b** Mon appétit n'est pas aussi bon qu'il était.  
**c** Mon appétit a beaucoup diminué.  
**d** Je n'ai plus d'appétit du tout.
19. **a** Je n'ai pas perdu beaucoup de poids dernièrement.  
**b** J'ai perdu plus de 2 kilos.  
**c** J'ai perdu plus de 4 kilos.  
**d** J'ai perdu plus de 7 kilos.  
Je suis présentement un régime. Oui\_\_ Non\_\_
20. **a** Ma santé ne me préoccupe pas plus que d'habitude.  
**b** Je suis préoccupé(e) par des problèmes de santé comme les douleurs, les maux d'estomac ou la constipation.  
**c** Mon état de santé me préoccupe beaucoup et il m'est difficile de penser à autre chose.  
**d** Je suis tellement préoccupé(e) par mon état de santé qu'il m'est impossible de penser à autre chose.
21. **a** Je n'ai remarqué récemment aucun changement dans mon intérêt pour le sexe.  
**b** J'ai moins de désirs sexuels qu'auparavant.  
**c** J'ai maintenant beaucoup moins de désirs sexuels.  
**d** J'ai perdu tout désir sexuel.

## Questionnaire de pensées automatiques

Nom : .....

Prénom : .....

Âge : .....

Date : .....

*Consigne* : Vous trouverez ci-après une liste de 30 pensées qui peuvent émerger dans l'esprit des gens. Veuillez lire attentivement chaque pensée et indiquer avec quelle fréquence, si c'est le cas, cette pensée a été vôtre durant la dernière semaine. Lisez chacune des 30 pensées attentivement et cochez la colonne correspondante.

**Scores :**      **1**            **2**            **3**            **4**            **5**

	Pas du tout	Parfois	Assez souvent	Souvent	Tout le temps
1. J'ai la plus grande difficulté à faire face au monde.					
2. Je ne suis pas bon.					
3. Pourquoi est-ce que je ne réussis jamais?					
4. Personne ne me comprend.					
5. J'ai laissé tomber les autres.					
6. Je ne pense pas pouvoir continuer.					
7. J'aimerais être quelqu'un de mieux.					
8. Je suis si faible.					
9. Ma vie ne se déroule pas comme je le souhaite.					
10. Je me déçois moi-même.					
11. Rien n'est bon comme avant.					
12. Je ne puis supporter cela plus longtemps.					
13. Je n'arrive pas à commencer les choses.					
14. Qu'il y a-t-il de mauvais en moi?					
15. Je souhaite être quelqu'un d'autre.					
16. Je ne puis faire marcher les choses.					
17. Je me déteste.					
18. Je suis sans valeur.					
19. Je souhaite disparaître.					
20. Qu'est-ce qui ne va pas en moi?					

**Scores :    1            2            3            4            5**

	Pas du tout	Parfois	Assez souvent	Souvent	Tout le temps
21. Je suis un perdant					
22. Ma vie est un gâchis					
23. Je suis un raté					
24. Je n'y arriverai pas					
25. Je suis tellement sans espoir					
26. Quelque chose doit changer					
27. Il doit y avoir quelque chose de mauvais en moi					
28. Mon avenir est lugubre					
29. Cela ne vaut pas la peine					
30. Je n'arrive pas à terminer les choses					

Échelle (Beck) : 0-20. Échelle H<sup>6</sup>

**Veillez entourer la réponse que vous choisissez aux questions suivantes : (oui ou non)**

1. J'attends le futur avec espoir et enthousiasme.  
oui      non
2. Je ferais mieux d'abandonner car je ne puis rendre les choses meilleures pour moi.  
oui      non
3. Quand cela va mal, il m'est utile de savoir que cela ne durera pas toujours.  
oui      non
4. Je ne peux imaginer ce que ma vie sera dans dix ans.  
oui      non
5. J'ai assez de temps pour réaliser ce que je désire le plus faire.  
oui      non
6. Dans le futur, je m'attends à réussir dans ce qui compte le plus pour moi.  
oui      non
7. Mon avenir me semble sombre.  
oui      non
8. Je m'attends à avoir plus de bonnes choses dans la vie que la moyenne des gens.  
oui      non
9. Je n'ai pas de répit et il n'y a pas de raison de croire que j'en aurai dans le futur.  
oui      non
10. Mon expérience passée m'a préparée parfaitement pour l'avenir.  
oui      non
11. Le déplaisir est devant moi, bien plus que le plaisir.  
oui      non
12. Je n'espère pas avoir ce que je désire le plus.  
oui      non
13. Quand je considère l'avenir, je m'attends à être plus heureux que maintenant.  
oui      non

14. Les choses ne sont pas comme je le veux.

oui      non

15. J'ai foi en l'avenir.

oui      non

16. Je n'ai jamais ce que je veux, par conséquent il est ridicule de désirer quoi que ce soit.

oui      non

17. Il est tout à fait improbable que j'obtienne de réelle satisfaction dans le futur.

oui      non

18. L'avenir me semble vague et incertain.

oui      non

19. Je m'attends à plus de bons moments que de mauvais moments.

oui      non

20. Il ne sert à rien de chercher à avoir quelque chose que je désire, parce que probablement je ne l'obtiendrai pas.

oui      non

Score total .....

## Échelle de thérapie cognitive révisée

### *Cognitive Therapy Scale Revised (CTS-R)<sup>7</sup>*

Nom : .....

Évaluateur : .....

Date : .....

Séance : .....

### *Recommandations pour l'évaluation et les scores*

L'échelle d'évaluation CTS-R se présente comme une échelle 7 points : c'est-à-dire une échelle de Likert de 0 à 6. Elle va du point 0 où le thérapeute n'a pas respecté les critères de cette thérapie (absence d'adhésion) au point 6 qui correspond à une conformité de haut niveau selon les standards les plus élevés de la thérapie cognitive. Ainsi l'échelle évalue à la fois l'adhésion du thérapeute au modèle de la thérapie et son aptitude à mettre en œuvre les techniques de celle-ci. Pour aider à la notation de chaque item de l'échelle, les caractéristiques principales de chacun d'eux sont indiquées en début de section. Une description des différents critères de notation est donnée sur la partie droite de chaque item de l'échelle (voir plus bas : Exemple de fiche de notation).

*N.-B. : d'autres détails figurent dans la version française du manuel de l'échelle qui sera publié ailleurs. Les exemples donnés ne sont que des indications. Ils ne doivent pas être pris comme de stricts critères de notation, mais plutôt comme des repères et des guides utiles pour l'évaluation.*

### *Modulation de l'échelle en fonction des difficultés présentées par les patients*

Les dimensions de l'échelle ont été établies pour des patients qui représentent de bonnes à assez bonnes indications pour la thérapie cognitive (Safran et Segal, 1990) : le lecteur la trouvera p. 225. En conséquence, une adaptation de la notation est parfois nécessaire quand le patient présente des difficultés

---

7. Auteurs : I.M. Blackburn, I.A. James, D.L. Milne, F.K. Reichelt. Collaborateurs : A. Garland, C. Baker, S.H. Standart, A. Claydon  
Newcastle Upon Tyne, UK, août 2000. Traduction : I.-D. Note, P. Manesse.  
Révision de la traduction de la CTS-R et traduction originale de l'échelle de bonne indication de thérapie cognitive de Safran et Segal (annexe II) : J. Cottraux (2008)

#### *Référence*

BLACKBURN I.-M., JAMES I.A., MILNE D.L. et coll. The revised Cognitive Therapy Scale (CTS-R) : Psychometric properties. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2001, 29, 431-446.

évidentes (par exemple : évitement important). En effet, avec des patients complexes, les techniques de thérapie cognitive sont parfois très difficiles à appliquer. Dans ces cas, la personne qui effectue la cotation doit évaluer avant tout les compétences et la maîtrise des techniques de thérapie cognitive par le thérapeute. Ainsi, même si le thérapeute est, à un moment donné, mis dans l'impossibilité de promouvoir un changement avec succès, on lui accordera quand même le crédit qu'il mérite pour sa maîtrise des techniques.

## Référence

SAFRAN J.D., SEGAL Z.V. *Interpersonal processes in cognitive therapy*. New-York, Basic Books, 1990.

## Exemple de fiche de notation

Incompétent	0 : Absence de critères ou performances inappropriées 1 : Performances insuffisantes, problèmes majeurs au premier plan
Novice	2 : Compétence évidente, mais il persiste de nombreux problèmes et un manque de cohérence dans la thérapie
Débutant avancé	3 : Compétence, mais il reste quelques problèmes et/ou incohérences
Compétent	4 : Critères bien respectés problèmes et/ou incohérences mineurs
Avancé	5 : Critères très bien respectés problèmes et/ou incohérences minimales
Expert	6 : Performances excellentes, même en présence de patients difficiles

Ceci est une description opératoire de l'item (voir les exemples dans la CTS-R).

En utilisant les chiffres ronds et les scores intermédiaires demi-points, inscrivez le niveau auquel vous pensez que le thérapeute correspond pour une action essentielle en traçant une croix (X) sur la ligne verticale. Les caractéristiques descriptives sur la droite de la fiche servent à guider votre évaluation.

*N.-B. : au moment où vous faites votre évaluation, tenez compte du caractère approprié de l'intervention thérapeutique à ce niveau de la thérapie et en fonction des difficultés particulières que le patient peut présenter.*

La présente échelle s'est inspirée du système de Dreyfus (1989) d'évaluation des compétences, qui est décrit dans le manuel. Notez que les points supérieurs (c'est-à-dire proche du pôle « expert » du continuum) sont réservés aux thérapeutes particulièrement efficaces, en particulier lors de difficultés en séance : patients particulièrement agressifs, ou évitant, patients qui font preuve d'un niveau d'émotion très élevé, ou encore lorsque surviennent des difficultés variées et inattendues.

Les critères principaux décrivent les caractéristiques importantes qui doivent être prises en compte au moment de la notation de chaque item. Lorsque l'on donne un score à un item, il faut tout d'abord repérer si les critères sont présents et sont bien respectés. Ensuite, il faut examiner si le thérapeute apparaît compétent au niveau de ces critères. S'il fait appel au maximum de critères de l'item et s'il les met en œuvre de façon appropriée; c'est-à-dire s'il ne passe pas à côté des meilleures occasions de les mettre en œuvre, il pourra, alors, être coté très haut dans l'échelle.

*Les « exemples » qui sont donnés sur l'échelle de cotation pour chaque item sont simplement des indications et ne doivent pas servir de référence absolue pour la cotation.*

### *Distribution des scores*

Il est important de garder en mémoire que le profil de cotation pour cette échelle se rapproche d'une distribution normale avec une moyenne de 3 et peu de thérapeutes auront des scores aux extrêmes.

### *Référence*

DREYFUS H.L. The Dreyfus model of skill acquisition. In : J. BURKE, *Competency based education and training* London, Falmer Press, 1989.

## *Item 1 : établir un agenda et adhésion à la thérapie*

### CRITÈRES PRINCIPAUX

Il est nécessaire de prendre en compte les points qui ont été convenus et établis de façon appropriée. L'organisation de l'agenda peut varier en fonction de l'avancement de la thérapie (voir manuel).

Trois dimensions clés sont à prendre en considération quand on cote cet item :

- présence/absence de l'agenda qui doit être explicite, comportant des priorités et qui doit être réalisable dans le temps imparti;
- contenu de l'agenda approprié au stade de la thérapie, aux problèmes importants à ce stade de la thérapie, etc. Un point important étant la revue des consignes de travail à domicile;
- adhésion à l'agenda et suivi correct de celui-ci au cours de la séance.

Indiquer d'une croix (X) sur la ligne verticale le niveau qui correspond à la compétence du thérapeute. Les caractéristiques descriptives écrites sur la droite du tableau servent d'aide à la décision.

*N.-B. : l'esprit de coopération spécifique du patient pour la mise au point de l'agenda sera coté ici. Tout autre aspect de l'esprit de coopération du patient au cours de la séance sera noté à l'item 3.*

Niveau de compétence	Exemples (N.-B. : noter ce qui est « en accord » avec ces exemples, mais pas les exemples eux-mêmes)
0	Absence d'agenda, agenda inapproprié ou non suivi.
1	Agenda inapproprié (manque de précision, irréaliste, pas de prise en compte des intentions du patient, examen des consignes de travail à domicile non fait).
2	Effort pour établir un agenda mais avec des difficultés évidentes (peu d'esprit de coopération développé). Agenda peu suivi au cours de la séance.
3	Agenda approprié, bien établi, mais quelques difficultés persistent (peu d'esprit de coopération). Un certain degré de suivi de l'agenda au cours de la séance).
4	Agenda approprié, difficultés mineures (par exemple : pas de priorités bien établies), mais les dimensions clés sont respectées (par exemple : revues des consignes de travail à domicile). Adhésion et suivi moyen de l'agenda au cours de la séance.
5	Agenda approprié, comportant des priorités et évoqué de nouveau en fin de séance. Agenda bien suivi au cours de la séance. Peu de problèmes.
6	Excellent agenda, ou encore agenda très bien mis au point en fonction des difficultés présentes.

## Item 2 : feedback (échange d'information, mise en commun des points de vue)

Le patient comprend le déroulement de l'ensemble de la thérapie, il est capable de faire un rappel des séances précédentes et un rappel de l'évolution de la thérapie depuis le début. Il intègre cette compréhension à sa démarche pour continuer à progresser.

### CRITÈRES PRINCIPAUX

La notion de *feedback* réciproque doit, avant tout, être bien comprise à la fois par le patient et le thérapeute. Le *feedback* met en œuvre deux techniques principales :

- le résumé ;
- la mise en forme du recueil d'informations (organiser les informations, classer les informations, les disposer en unités opératoires).

Un *feedback* approprié aide :

- le thérapeute à comprendre la situation du patient ;
- le patient à réaliser une synthèse des données qui lui permettent de développer son *insight* et ainsi faire des progrès sur le plan thérapeutique, et aide le patient à rester concentré sur les problèmes clés.

Trois critères doivent être pris en compte lorsque l'on note cet item :

– présence/absence du *feedback*. Celui-ci doit être donné-obtenu tout au long de la thérapie. Noter les résumés principaux réalisés au début (revue de la semaine) et à la fin (résumé final) de la séance ainsi que les résumés partiels (rassembler les informations) et focalisés qui doivent être effectués en cours de séance ;

– caractère approprié du contenu de chaque *feedback* ;

– manière dont le *feedback* est donné ou obtenu (N.-B. : il peut être écrit).

Niveau de compétence	Exemples (N.-B. : noter ce qui est « en accord » avec ces exemples, mais pas les exemples eux-mêmes)
0	Absence de <i>feedback</i> ou <i>feedback</i> franchement inapproprié.
1	<i>Feedback</i> minimum (écrit ou verbal).
2	<i>Feedback</i> approprié, mais trop rare. Le thérapeute ne fait pas assez d'efforts pour l'obtenir du patient et le donner, le <i>feedback</i> est trop vague pour favoriser la compréhension et le changement.
3	<i>Feedback</i> approprié, donné et obtenu fréquemment; cependant des difficultés manifestes sont notées en termes de contenu et de modalités de formulation.
4	<i>Feedback</i> approprié, donné et obtenu fréquemment, favorisant des gains thérapeutiques modérés. Problèmes mineurs persistants (par exemple : inconsistance du <i>feedback</i> ).
5	<i>Feedback</i> hautement approprié, obtenu régulièrement, favorisant une compréhension commune des problèmes et permettant des gains thérapeutiques significatifs. Peu de problèmes.
6	Utilisation excellente du <i>feedback</i> ou <i>feedback</i> hautement efficace eu égard aux difficultés rencontrées.

### Item 3 : rapport collaboratif

Le patient réalise les consignes de travail à domicile et participe à l'élaboration de nouvelles consignes de tâches à domicile, en séances lors du travail avec le thérapeute ou en dehors des séances lorsqu'il découvre de nouvelles perspectives par lui-même.

#### CRITÈRES PRINCIPAUX

Le patient est encouragé à participer de façon active à la séance. On doit manifestement assister au travail d'une équipe en progression. Le thérapeute encourage intelligemment le patient :

– à participer à l'entretien (par exemple : par sa technique de questionnement socratique, par sa façon de partager la recherche de solutions aux problèmes et dans la prise de décision);

– à s'engager de façon responsable.

Néanmoins le thérapeute doit aussi pouvoir laisser le patient parler à sa guise de façon libre. Par sa façon de faire, le thérapeute doit encourager le patient à se comporter comme dans un travail d'équipe et insister sur trois critères principaux :

– les compétences verbales (pas de ton autoritaire);

– les compétences non verbales (attitude attentive, activités partagées au cours de la séance);

– le partage des résumés écrits.

*N.-B. : le questionnement est une caractéristique majeure pour cet item, mais les questions visant à faciliter l'introspection et la découverte personnelle chez le patient seront cotées à l'item 9 (découverte guidée).*

Niveau de compétence	Exemples (N.-B. : noter ce qui est « en accord » avec ces exemples, mais pas les exemples eux-mêmes)
0	Le patient n'est pas du tout encouragé, voire empêché de participer de façon coopérante au cours de la séance.
1	Le thérapeute contrôle trop l'entretien, de façon directive, ou au contraire il est passif.
2	En quelques occasions il y a eu un effort de coopération, mais le style didactique ou au contraire la passivité du thérapeute ont suscité la passivité chez le patient ou au contraire des problèmes de type relationnels en séance.
3	Travail d'équipe manifeste, mais il persiste des problèmes pour mettre en place un rapport collaboratif (par exemple : le patient n'a pas eu assez de temps pour réfléchir et participer activement).
4	Travail d'équipe efficace évident, mais manque de consistance. Il persiste quelques problèmes mineurs.
5	Travail d'équipe efficace évident tout au long de la séance, à la fois au niveau verbal et non verbal. Utilisation de résumés écrits. Problèmes minimes.
6	Excellent travail d'équipe ou travail d'équipe hautement efficace par rapport aux difficultés rencontrées.

### Item 4 : rythme et utilisation judicieuse du temps au cours de la séance

#### CRITÈRES PRINCIPAUX

L'utilisation du temps de séance est aménagée en relation avec l'agenda et en passant harmonieusement d'une phase à l'autre, chacune d'elle restant distincte. Le rythme de travail doit s'accorder aux possibilités et aux besoins du patient, les digressions improductives doivent être interrompues en douceur, alors que les points importants seront développés durant le temps nécessaire. La séance ne doit pas dépasser le temps habituel imparti, sauf si une raison valable l'exige.

Trois critères principaux sont à prendre en considération :

- le passage harmonieux d'une phase à l'autre tout au long de la séance ;
- le caractère approprié du rythme au cours de la séance ;
- comment le thérapeute s'adapte à l'aptitude du patient à acquérir plus ou moins vite de nouveaux apprentissages.

Niveau de compétence	Exemples (N.-B. : noter ce qui est « en accord » avec ces exemples, mais pas les exemples eux-mêmes)
0	L'aménagement insuffisant du temps aboutit à une séance rigide ou qui manque son but.
1	La séance se déroule trop lentement ou trop rapidement par rapport aux besoins et aux aptitudes du patient.
2	Rythme raisonnable, mais il existe des digressions, des répétitions de la part du thérapeute ou du patient, d'où une utilisation inefficace du temps et un déséquilibre dans le planning de la séance.
3	Utilisation judicieuse du temps en séance, mais pertes de temps à certains moments. Il persiste des problèmes évidents.
4	Utilisation efficace du temps en séance avec des phases de thérapie distinctes : début, milieu de séance et de conclusion bien distinctes. Problèmes mineurs.
5	Capacité et efficacité dans l'utilisation du temps de séance. La séance se déroule de façon harmonieuse. Le thérapeute réussit à contrôler tout le déroulement des propos tout au long de la séance. Problèmes minimes.
6	Excellent aménagement du temps de séance, ou hautement efficace par rapport aux difficultés rencontrées.

## Item 5 : efficacité interpersonnelle

### CRITÈRES PRINCIPAUX

Par son attitude verbale et non verbale, le thérapeute doit mettre le patient à l'aise au cours de l'entretien. Le patient doit avoir conscience des qualités d'empathie, d'authenticité, de sincérité, d'écoute du thérapeute (cependant une distance professionnelle doit être adoptée et conservée). Un thérapeute très efficace sur le plan interpersonnel sait être créatif, perspicace et peut inspirer le patient.

Trois critères sont à prendre en considération :

– empathie : le thérapeute peut se représenter en imagination les problèmes du patient qu'il a compris et il utilise cette empathie pour promouvoir un changement ;

– authenticité : le thérapeute établit une relation de confiance sincère avec le patient ;

– chaleur humaine : le patient semble être accepté et apprécié par le thérapeute.

<i>Niveau de compétence</i>	<i>Exemples (N.-B. : noter ce qui est « en accord » avec ces exemples, mais pas les exemples eux-mêmes)</i>
0	L'attitude et les interventions du thérapeute sont à l'origine du désinvestissement de la séance par le patient qui peut aussi devenir agressif ou éprouver du stress (absence ou excès).
1	Difficultés pour exprimer de l'empathie, de l'authenticité et de la chaleur humaine.
2	Le style du thérapeute (par exemple : trop intellectuel) l'empêche de recevoir les messages du patient de façon empathique.
3	Le thérapeute est capable de comprendre les significations exactes des messages du patient, favorisant un climat de confiance. Mais il existe des manques évidents pour le maintien d'une relation thérapeutique.
4	Le thérapeute est capable de comprendre le sens implicite et explicite des propos du patient et son attitude en séance traduit bien cette compréhension. Problèmes mineurs évidents (incohérence).
5	Très bonnes capacités interpersonnelles. Le patient donne l'impression de se sentir compris, ce qui l'entraîne à parler de lui. Problèmes minimes.
6	Efficacité excellente, même en présence de problèmes et de difficultés.

## Item 6 : mettre en évidence une expression émotionnelle appropriée

### CRITÈRES PRINCIPAUX

Le thérapeute facilite l'accès du patient à ses propres émotions. Des niveaux d'expression émotionnelle, trop élevés ou trop bas, risquent d'être préjudiciables à la progression de la thérapie. Le thérapeute doit également être capable de gérer les manifestations émotionnelles qui interfèrent avec un changement efficace (par exemple : hostilité, anxiété, colère excessive). Permettre au patient d'avoir accès à ses propres émotions et les exprimer favorisera le changement.

Trois caractéristiques doivent être prises en compte :

- faciliter l'accès à un large éventail d'émotions ;
- utiliser de façon appropriée et contrôlée l'expression émotionnelle ;
- faciliter l'expression émotionnelle, encourager l'accès approprié aux émotions et permettre leur différenciation.

Niveau de compétence	Exemples (N.-B. : noter ce qui est « en accord » avec ces exemples, mais pas les exemples eux-mêmes)
0	Le patient est trop ou trop peu encouragé à exprimer ses émotions (par exemple : ses émotions et ses affects sont ignorés, mis de côté, ou bien le thérapeute laisse le patient les exprimer de façon excessive). Ou encore l'humeur du thérapeute ou ses propres stratégies (par exemple : intellectualisation) ont une influence néfaste au cours la séance.
1	Inaptitude à faciliter l'accès et l'expression des émotions appropriées.
2	Expression des émotions facilitée mais de nombreuses occasions pertinentes sont omises.
3	Efficacité pour favoriser l'expression émotionnelle, pour la créer et la maintenir. Le patient est capable d'être plus conscient de ses émotions.
4	L'expression émotionnelle est efficacement facilitée, ce qui conduit le patient à être plus conscient des émotions qui sont les siennes. Problèmes mineurs évidents.
5	Facilitation très efficace de l'expression émotionnelle, qui favorise la motivation du patient et sa prise de conscience en séance. Bonne expression des émotions pertinentes, effectuée de façon efficace. Problèmes minimes.
6	Excellente facilitation de l'expression émotionnelle, même en présence de difficultés.

## Item 7 : mettre en évidence les cognitions clés

### CRITÈRES PRINCIPAUX

Aider le patient à accéder à ses cognitions (pensées, postulats et croyances) et à comprendre les relations entre ces dernières et les émotions pénibles. Cela peut se réaliser grâce au questionnement socratique ou aux différentes méthodes de monitoring (relevés, carnets de bord).

Trois dimensions doivent être prises en compte :

- mise en évidence des cognitions associées aux émotions pénibles (par exemple : sélectionner les cognitions clés ou les pensées particulièrement vives) ;
- le savoir-faire et la variété des méthodes employées (telles que : questionnement socratique, techniques de monitoring adaptées, flèche descendante, imagerie mentale, jeux de rôle, etc.) ;
- choix d'un niveau de travail approprié au stade actuel de la thérapie (par exemple : pensées automatiques, postulats, croyances centrales).

*N.-B. : cet item concerne l'ensemble du travail effectué lors de la mise en évidence des cognitions et des émotions. Si des méthodes spécifiques de changement cognitif ou comportemental sont utilisées, leur évaluation doit figurer à l'item 11 (application des méthodes de changement).*

Niveau de compétence	Exemples (N.-B. : noter ce qui est « en accord » avec ces exemples, mais pas les exemples eux-mêmes)
0	Le thérapeute ne parvient pas à mettre en évidence les cognitions clés.
1	Les cognitions et émotions sélectionnées sont inappropriées, les cognitions et émotions clés sont ignorées.
2	Certaines cognitions et émotions (ou une cognition clé ou croyance de base) sont mises au jour, mais le lien entre les cognitions et les émotions n'est pas établi de façon claire pour le patient.
3	Un certain nombre de cognitions et émotions sont mises au jour de façon compétente, mais des problèmes persistent.
4	Un bon nombre de cognitions et d'émotions (ou une cognition principale) sont mises au jour de façon verbale ou écrite, menant à une compréhension renouvelée des liens qui existent entre elles. Problèmes mineurs évidents.
5	Mise au jour efficace et sélection d'un nombre adapté de cognitions et émotions (ou d'une cognition principale) qui sont abordées ensuite de façon appropriée. Problèmes minimes.
6	Excellent travail réalisé sur les cognitions clés et les émotions, même en présence de difficultés.

## Item 8 : mettre en évidence et planifier des comportements

### CRITÈRES PRINCIPAUX

Il s'agit d'aider le patient à mieux prendre conscience de l'impact de ses propres comportements dans le cadre de ses problèmes. Cela peut se faire en utilisant le questionnement, les fiches journalières de relevé et les différents procédés de monitoring. Le thérapeute travaille avec le patient pour planifier des stratégies qui permettront de surmonter et/ou de mettre fin aux conduites dysfonctionnelles.

Deux critères principaux doivent être pris en compte :

- mettre en évidence les comportements et les stratégies associés aux émotions pénibles ;
- le savoir-faire et la variété des méthodes employées (telles que : le questionnement socratique, des techniques de monitoring adaptées, la flèche descendante, l'imagerie mentale, le jeu de rôle, etc.).

*N.-B. : cet item concerne l'ensemble du travail effectué lors de la mise en évidence des comportements et des stratégies. Si des méthodes spécifiques de changement cognitif ou comportemental sont utilisées, leur évaluation doit figurer à l'item 11 (application des méthodes de changement).*

Niveau de compétence	Exemples (N.-B. : noter ce qui est « en accord » avec ces exemples, mais pas les exemples eux-mêmes)
0	Le thérapeute n'a pas su mettre au jour et planifier des comportements.
1	L'accent a été mis sur des comportements inappropriés et une planification inadéquate a été proposée.
2	Quelques comportements et une certaine programmation ont été envisagés mais le lien entre les comportements, les émotions et les cognitions du patient n'a pas été clairement établi.
3	Un certain nombre de comportements et une programmation ont été envisagés de façon compétente, mais il persiste des problèmes évidents.
4	Un nombre adapté de comportements et une programmation de comportements ont été envisagés de façon verbale ou écrite, ce qui conduit à une compréhension nouvelle de leur rôle dans le maintien des problèmes du patient. Difficultés mineurs évidentes.
5	Mise au jour efficace, et sélection d'un nombre de comportements et de plans d'action réalisés de façon appropriée. Problèmes minimes.
6	Excellent travail sur les comportements et la planification de l'action, même en présence de difficultés.

## Item 9 : découverte guidée

### CRITÈRES PRINCIPAUX

Le patient doit être aidé à formuler des hypothèses en rapport avec sa situation actuelle et à générer des solutions potentielles. Le patient est aidé à développer tout un éventail de perspectives se rapportant à ses expériences vécues. Une découverte guidée efficace conduit le patient à remettre en question ses certitudes, par le doute même qu'induit le questionnement socratique. Cela créera la possibilité pour le patient de réévaluer ses idées et de mettre en place de nouveaux apprentissages.

Deux éléments doivent être pris en compte :

- le style du thérapeute : il se doit d'être à la fois ouvert et curieux ;
- l'utilisation efficace des techniques de questionnement (comme des questions socratiques) doit encourager le patient à découvrir des informations utiles qu'il peut utiliser afin de s'aider lui-même à atteindre un meilleur niveau de compréhension.

<i>Niveau de compétence</i>	<i>Exemples (N.-B. : noter ce qui est « en accord » avec ces exemples, mais pas les exemples eux-mêmes)</i>
0	Aucun effort n'a été fait en faveur d'une découverte guidée (ton professoral et intimidant).
1	Peu de possibilités de découverte guidée pour le patient. La persuasion et le débat ont été beaucoup trop présents.
2	Le patient a pu bénéficier d'une découverte guidée en certaines occasions. Des questions ont été posées, mais elles n'ont pas pu aider le patient à accéder à ses pensées ou ses émotions ou à établir un lien entre ces dernières.
3	Il y a des preuves qu'il existe bien une démarche de réflexion. Le thérapeute a utilisé un style socratique qui a guidé la découverte par le patient.
4	Degré moyen de découverte guidée. Le thérapeute utilise la technique du questionnement de façon efficace et cela permet une vue synthétique des difficultés. Problèmes mineurs évidents
5	Démarche de réflexion évidente et efficace. Le thérapeute met en jeu un questionnement socratique efficace qui conduit à une démarche de réflexion, de découverte et de synthèse. Problèmes minimales.
6	Excellente découverte guidée qui amène le patient à une compréhension approfondie de ses problèmes. Efficacité même en présence de difficultés, où une compréhension plus approfondie des problèmes est aussi obtenue.

## Item 10 : intégration conceptuelle

### CRITÈRES PRINCIPAUX

Le patient doit être aidé pour une bonne appréciation de son histoire personnelle ainsi que des facteurs de déclenchement et de maintien de son problème afin de promouvoir un changement présent et futur. Le thérapeute doit aider le patient à comprendre ses perceptions, interprétations, croyances, attitudes et règles reliées à son problème. Une bonne conceptualisation examinera les cognitions et les stratégies d'adaptation (*coping*) antérieures ainsi que les actuelles. Cette compréhension, qui se fonde sur la théorie cognitive, doit être à la fois bien intégrée et utilisée pour guider la thérapie ultérieurement.

Deux critères principaux doivent être pris en compte :

- la présence ou l'absence d'une conceptualisation appropriée, en concordance avec les buts de la thérapie ;
- la façon dont la conceptualisation est utilisée (par exemple : utilisée comme la base des interventions, tâches à domicile, etc.).

*N.-B. : cet item est à évaluer avec l'intégration thérapeutique (utilisant la théorie pour relier le présent au passé et au futur). Si le thérapeute travaille spécifiquement sur des cognitions ou émotions, cela doit être coté à l'item 6 (faciliter l'expression émotionnelle) et 7 (mettre en évidence les cognitions clés).*

Niveau de compétence	Exemples (N.-B. : noter ce qui est « en accord » avec ces exemples, mais pas les exemples eux-mêmes)
0	Absence d'une conceptualisation appropriée.
1	Manque, absence d'application ou caractère inapproprié de la conceptualisation, ne menant pas à un résultat efficace (par exemple : il y a gêne du progrès, ou ceci conduit à une mauvaise utilisation des techniques).
2	La conceptualisation a été rudimentaire et elle n'a pas été mise en perspective en fonction des buts de la thérapie. Elle ne permet pas d'établir une justification claire des stratégies d'intervention.
3	La conceptualisation du cas est partiellement réalisée et intégrée à la thérapie mais des difficultés évidentes existent (par exemple : dans la synthèse et le partage des hypothèses avec le patient). Mais cela mène tout de même à des interventions cohérentes.
4	La conceptualisation du cas est moyennement développée et intégrée à l'ensemble de la thérapie. Problèmes mineurs évidents.
5	La conceptualisation du cas a été très bien réalisée et intégrée à la thérapie. La compréhension est en accord avec le modèle cognitif et permet la mise en œuvre de changements thérapeutiques majeurs. Problèmes minimes.

Niveau de compétence	Exemples (N.-B. : noter ce qui est « en accord » avec ces exemples, mais pas les exemples eux-mêmes)
6	Le développement, aussi bien que l'intégration de la conceptualisation, sont excellents, même en présence de difficultés.

## Item 11 : application des méthodes de changement

### CRITÈRES PRINCIPAUX

Le thérapeute aide le patient à utiliser les techniques cognitives et comportementales spécifiques de la thérapie cognitive de façon appropriée, en accord avec la conceptualisation du cas.

Il aide le patient à utiliser les techniques cognitives et comportementales qui l'aideraient à évaluer les cognitions et les comportements associés à ses émotions pénibles. Les méthodes employées aident le patient à tester les cognitions de façon pratique et à acquérir un savoir-faire en présence d'émotions intenses. La mise en œuvre des techniques permet aussi au thérapeute de donner et d'obtenir du *feedback* en accord avec le niveau de compréhension du patient et en fonction des consignes de travail à domicile possibles qu'il peut envisager pour lui.

Trois critères principaux doivent être pris en compte :

- le caractère approprié et la portée des méthodes cognitives. Par exemple : enregistrement des changements sur le journal de bord, mise à distance et décentration, évaluation des pourcentages de responsabilité, recherche d'alternatives, recherche des significations, restructuration en imagerie mentale et comportementale. Par exemple : journal comportemental, expériences comportementales, jeu de rôle, attribution de tâches progressives, exposition avec prévention de la réponse, renforcement social des progrès du patient, apprentissage par imitation de modèle, relaxation, contrôle respiratoire, etc. ;

- le savoir-faire dans la mise en œuvre de ces techniques (cependant, les compétences dans le domaine du *feedback* et de l'efficacité interpersonnelle seront évaluées par leurs items respectifs) ;

- la « faisabilité » des techniques pour le patient, en tenant compte de ses besoins et de ses possibilités (techniques ni trop difficiles ni trop complexes).

*N.-B. : cet item est plus adapté à la réévaluation des pensées qu'à leur identification ou leur mise au jour.*

Niveau de compétence	Exemples (N.-B. : noter ce qui est « en accord » avec ces exemples, mais pas les exemples eux-mêmes)
0	Le thérapeute n'a pas su ou a vraiment manqué d'efficacité pour mettre en œuvre des techniques comportementales ou cognitives.
1	Le thérapeute met en jeu des techniques, mais insuffisantes et inappropriées et avec peu de savoir-faire ou de souplesse.

Niveau de compétence	Exemples (N.-B. : noter ce qui est « en accord » avec ces exemples, mais pas les exemples eux-mêmes)
2	Le thérapeute met en œuvre des techniques appropriées, mais des difficultés majeures sont évidentes.
3	Le thérapeute applique les techniques avec compétence quoique des problèmes persistent (par exemple : les interventions sont incomplètes).
4	Le thérapeute applique les techniques avec savoir-faire et souplesse ce qui permet au patient de développer de nouvelles perspectives. Problèmes mineurs cependant.
5	Le thérapeute applique systématiquement un large éventail de méthodes appropriées, de façon créative, efficace et pleine de ressources. Problèmes minimales.
6	Large champ de possibilités techniques et excellente application, même en présence de difficultés.

### *Item 12 : consignes de travail à domicile*

#### CRITÈRES PRINCIPAUX

Établir les consignes de travail à domicile claires et appropriées implique de définir des buts précis, de négocier des tâches pertinentes en fonction du niveau de progression de la thérapie, et en accord aussi avec la conceptualisation du cas problème, de s'assurer que le patient a bien compris la nécessité de réaliser les consignes de travail à domicile, de tester de nouvelles idées, d'entreprendre de nouvelles expériences, de prévoir et de faire face à d'éventuelles embûches, d'expérimenter de nouvelles stratégies pour faire face.

Trois critères doivent être pris en compte lorsque l'on score cet item :

- présence ou absence de consignes de travail à domicile comportant des buts clairs et précis ;
- la consigne dérive du travail thérapeutique effectué au cours de la séance, ce qui facilitera la compréhension de tout ce que l'application de celle-ci permettra d'en apprendre ou d'en retirer ;
- la consigne de travail à domicile est établie conjointement avec le patient ; on lui consacrera suffisamment de temps pour l'expliquer clairement : expliquer sa pertinence, prévoir les éventuels obstacles, etc.

<i>Niveau de compétence</i>	<i>Exemples (N.-B. : noter ce qui est «en accord» avec ces exemples, mais pas les exemples eux-mêmes)</i>
0	Le thérapeute n'a pas su établir des consignes de travail à domicile ou alors elles étaient inappropriées.
1	Le thérapeute ne négocie pas les consignes de travail à domicile avec le patient. Le temps consacré à leur explication étant insuffisant, cela entraîne la prescription d'une consigne inefficace.
2	Le thérapeute prescrit les consignes de travail à domicile de façon unilatérale et mécanique, sans donner les raisons de la proposition de ces nouvelles consignes de travail à domicile.
3	Le thérapeute a établi de bonnes consignes de travail à domicile, mais des problèmes évidents existent encore (par exemple : explications insuffisantes et/ou non discutées conjointement avec le patient).
4	Consignes de travail à domicile discutées conjointement avec le patient, comportant des buts précis et des raisons explicatives pour chacune d'elles. Cependant des problèmes mineurs persistent.
5	Consignes de travail à domicile appropriées et établies en coopération à la suite d'une discussion avec le patient, comprenant en outre l'examen des difficultés éventuelles qui pourraient survenir au moment de leur mise en œuvre. Problèmes minimes.
6	Excellentes consignes de travail à domicile discutées et négociées avec le patient, même dans le cas de difficultés.

### *Feuille de notation de la CTS-R*

Thérapeute : ..... Vidéo n° T : ..... Date : .....

Avis de l'évaluateur sur le niveau de difficulté du patient : .....

Note de la vidéo : .....

Coter selon une échelle de Likert de 0 à 6. Elle va du point 0 où le thérapeute n'a pas respecté les critères de cette thérapie (absence d'adhésion) au point 6 qui correspond à une conformité de haut niveau selon les standards les plus élevés de la thérapie cognitive.

CTS-R items	Score	Commentaires concernant les progrès
<p><b>1. Mise au point de l'agenda et adhésion</b> Est-ce que le thérapeute a mis au point un bon agenda et est-ce qu'il s'y est tenu?</p> <p><b>2. Feedback</b> Est-ce que le thérapeute a régulièrement donné et obtenu du <i>feedback</i>?</p> <p><b>3. Rapport collaboratif</b> Est-ce qu'il y a eu un bon travail « en équipe »?</p> <p><b>4. Planification du temps et rythme de la séance</b> Est-ce que le temps en séance a été bien rythmé, planifié et bien utilisé?</p> <p><b>5. Efficacité interpersonnelle</b> Est-ce que l'alliance thérapeutique était de bonne qualité?</p> <p><b>6. Mise au point des émotions appropriées</b> Est-ce que le thérapeute a mis au jour les émotions pertinentes et est-ce que l'ambiance en séance était bonne?</p> <p><b>7. Mise au jour des cognitions clés</b> Est-ce que le thérapeute a mis au jour les cognitions pertinentes (pensées, croyances, etc.)?</p> <p><b>8. Définir et planifier les comportements</b> Est-ce que le thérapeute a mis au jour des comportements dysfonctionnels et a-t-il planifié avec le patient des stratégies aptes à amener un changement?</p> <p><b>9. Découverte guidée</b> Est-ce que la démarche du thérapeute rend le patient capable d'élaborer ses propres réflexions de façon constructive?</p> <p><b>10. Intégration conceptuelle</b> Est-ce que le thérapeute a su expliquer et formuler de façon constructive les problèmes du patient en accord avec le modèle de la thérapie cognitive?</p> <p><b>11. Méthodes de changement</b> Est-ce que le thérapeute a favorisé l'apprentissage par le patient de procédures de changement qui mettent en jeu les techniques spécifiques de la thérapie cognitive?</p> <p><b>12. Consignes de travail à domicile</b> Est-ce que le thérapeute a mis au point de bonnes consignes de travail à domicile?</p>		

FEUILLE DE SUPERVISION

Nom du thérapeute : .....

Date de soumission pour supervision : .....

Séance n° : .....

Niveau de difficulté du patient (score de l'échelle de bonne indication de  
thérapie cognitive de Safran et Segal) :.....

Difficultés principales :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Résumé de la conceptualisation du cas :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Buts à atteindre par le thérapeute pour cette séance :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## Échelle de Safran et Segal de bonne indication pour la thérapie cognitive<sup>8</sup>

Cette échelle permet la cotation d'un entretien exploratoire ou une vidéo sur 10 points de mesure.

Chaque item est coté de 1 : pronostic négatif à 5 : pronostic positif.

Il est possible d'attribuer des demi-points.

Un score de 0 signifie qu'il n'y a pas d'information.

*L'échelle comprend 10 items et a donc une étendue de 10 à 50. Plus le score global est élevé plus le patient représente une bonne indication de thérapie cognitive.*

Date : .....

Thérapeute : .....

Nom du patient : .....

Évaluateur : .....

<i>Items</i>	<i>Score de 1 à 5</i>
Accessibilité des pensées automatiques :	
Conscience des émotions et capacité à les différencier :	
Acceptation de sa propre responsabilité dans le changement :	
Adhésion au modèle cognitif :	
Potentiel d'alliance thérapeutique (en donne des preuves dans la séance) :	
Potentiel d'alliance thérapeutique (en donne des preuves en dehors des séances, thérapies précédentes incluses) :	
Chronicité des problèmes :	
Sécurisation par des opérations d'évitement :	
Focalisation et orientation sur les tâches :	
Optimisme-pessimisme concernant la thérapie :	

Total de 0 à 50 : .....

8. Traduction par J. Cottraux (2008).

Pour les détails de la cotation se référer à l'ouvrage de Safran et Segal : *Interpersonal process in cognitive therapy*. New-York, Basic Books, 1990.

# index

## A

*Abramson*, 39, 41, 133  
Abstraction sélective, 28  
Accommodation, 22, 26, 47  
Adolescent, 147  
Affirmation de soi, 75  
Agenda, 65  
*Ahern*, 58  
*Akiskal*, 51  
*Alloy*, 39, 44  
Anhédonie, 1  
Antidépresseur, 145  
*Antonuccio*, 155  
Assimilation, 22, 26  
Attribution, 31  
Auto-contrôle, 34, 135  
Auto-évaluation, 34  
Autonomie, 131  
Auto-observation, 34  
Auto-renforcement, 34  
Avantage, 90

## B

*Bandura*, 13  
*Beating the blues*, 157  
*Beck*, 13, 18, 19, 37, 39, 41, 43, 44, 50, 51, 61, 62, 86, 109, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 128, 129, 131, 133, 134, 139, 142, 156, 160  
*Beer*, 159  
*Blackburn*, 38, 56, 61, 124, 125, 126, 127, 129, 141, 142, 151, 160  
*Blaney*, 128  
*Bonham*, 56  
*Bower*, 24, 43, 50  
*Bowers*, 142, 146

*Breiter*, 121  
*Brent*, 147  
*Brown*, 154  
*Burns*, 61  
*Butler*, 160

## C

*Cacioppo*, 120  
Caméra à positons (TEP), 159, 160  
*Campbell*, 134  
*Cash*, 135  
Changement  
– affectif, 49  
– comportemental, 48  
*Chamberlain*, 124  
Chimiothérapie, 47, 116  
*Chomsky*, 15  
*Christensen*, 158  
*Churchill*, 154  
*Clark*, 53, 54  
*Cochrane*, 153  
Cognition, 40, 119  
– erronée, 90  
– négative, 76, 82  
*Collet*, 19, 53, 58  
Compétences générales en thérapie cognitive, 195  
Comportement, 69  
Conceptualisation des cas, 69  
Conductance électrique cutanée, 56  
Contrat personnel, 93  
*Cosgrove*, 146  
*Cottraux*, 19, 55, 63, 141, 149, 160  
*Crandell*, 125  
*Crowne*, 124  
Croyance, 90

*Cuijpers, 144*

Culpabilité, 3

## D

*Darwin, 55*

*Davidson, 58*

*De Rubeis, 141, 145*

Découverte guidée, 76

Définition des termes, 85

Déni du positif, 187

Department of Health, 160

Dépression

– approches, 182

– signes, 181

Désavantage, 90

Désespoir, 1

Dévalorisation, 3

Dialogue interne

– de conflit, 40

– négatif, 40

– positif, 39

Distorsion cognitive, 28

Distraction, 75

*Dobson, 121, 142*

*Duclaux, 58*

*Dykman, 44*

## E

*Eaves, 121, 131*

Échantillon de pensées automatiques, 126

Échelle

– d'intention suicidaire, 120, 124

– de dépression d'Hamilton, 158

– de désespoir, 120, 122

– de Safran et Segal, 225

– de sociotropie-autonomie, 129

– de thérapie cognitive révisée (CTS-R), 207

– des attitudes dysfonctionnelles, 86, 88, 129

*Edwards, 124*

Efficacité personnelle, 74

Électromyographie faciale, 55

*Elkin, 142*

*Ellis, 17, 18, 120, 139*

*Emery, 160*

EMG, 55, 56, 57

Émotion, 1, 76, 77

Empathie, 92

Environnement social, 40

*Épicète, 11*

Épidémiologie, 5

Épreuve de réalité, 85, 93

Erreur typique de pensée, 186

Estime de soi, 1, 47

Étude

– de cas, 97

– de prévention des rechutes, 150

– du NIMH, 144, 148, 149

– expérimentale, 37, 119

*Eunson, 129*

Évaluation de l'intention suicidaire, 109

*Evans, 150*

Événement cognitif, 21, 22, 29, 137

Exagération, 186

Examen des preuves, 83

Exploration des motifs, 109

## F

Famille, 92

*Fava, 151*

*Feed-back, 69*

*Fennell, 134*

Fiche d'auto-enregistrement, 191

– de Beck, 79

*Fontaine, 19*

Formation, 61

*Freud, 12*

*Fridlund, 55*

Fuite dans la santé, 115

## G

*Garamoni, 39*

Gène, 5

Généralisation à outrance, 187

*Genest, 120*

*Giesen-Bloo, 160*

*Glass, 42, 51*

*Gloaguen, 143, 144, 145, 150*

*Goldapple, 159*

*Golin, 133*

*Goodwin, 54*

*Greene*, 123  
*Greenfield*, 56  
 Grille-répertoire, 126, 128  
*Gurtman*, 41

**H**

*Hamilton*, 124, 133  
*Hammen*, 127, 128  
 Hardware, 22  
*Harrell*, 121  
*Hartmann*, 13  
*Haudekeete*, 50  
*Hautekeete*, 19  
*Hawton*, 153  
*Health Technology Assessment*, 160  
 Heuristique cognitive, 27  
*Hirschmann*, 57  
*Hollon*, 47, 121, 122, 142, 150, 151, 160  
 Humeur, 3, 43  
 Hypersomnie, 3

**I**

Idée suicidaire, 3  
 Imagerie  
 – cérébrale, 159  
 – mentale, 76, 77  
 Impuissance apprise, 31, 33  
 Inactivité, 70  
 Inconscient, 25  
 Inférence arbitraire, 28  
*Ingram*, 38, 47  
*Input*, 22  
 Inserm (rapport de 2004), 145, 160  
 Insomnie, 3  
 Inventaire  
 – de dépression de Beck, 197, 200  
 – de l'auto-contrôle, 135, 136  
 – des cognitions de Crandell, 120, 125  
 – des comportements rationnels, 134, 135  
 IRM fonctionnelle, 159

**J**

*Jaenicke*, 45  
 Jeu de rôle, 76, 78, 85  
*Johnson*, 46

*Jones*, 153  
*Joyce James*, 19  
*Juenet*, 55

**K**

*Kant*, 11  
*Kelly*, 17, 128  
*Kendall*, 120, 121, 160  
*King*, 156  
*Kirsch*, 145, 146  
*Klerman*, 41  
*Korgeski*, 120  
*Kovacs*, 123, 142  
*Krantz*, 127, 128  
*Kriss*, 47

**L**

*Lader*, 56  
*Ladouceur*, 19  
*Lam*, 153  
*Langer*, 137  
*Lewinsohn*, 41, 42, 49, 54, 136, 139  
*Linehan*, 124  
 Liste  
 – d'événements agréables, 135  
 – des pour et des contre, 110

**M**

Maîtrise et plaisir, 73  
*Marc Aurèle*, 11  
*Marlowe*, 124  
 Maximalisation, 29  
*McCrone*, 157, 158  
 Méga-analyse, 143  
 Mémoire, 22, 23  
 Mesure du contenu de la pensée, 125  
 Méta-analyse, 142, 143, 146, 147, 153  
 Métacognition, 48  
 Méthode  
 – de la « flèche descendante », 88  
 – maîtrise et plaisir, 187  
 Minimisation, 29  
*Minkoff*, 123  
 MMPI, 121, 122  
 MMPI-D, 122

Modèle cognitif, 21  
 Modification cognitivo-  
 comportementale, 49  
*Mohr, 158*  
 Monologue intérieur, 19, 29  
*Moore, 151*  
*Murphy, 50, 141*

**N**

National Institute for Clinical Excellence  
 (NICE), 160  
*Neisser, 24*  
*Nekanda-Trepka, 123*  
 Neuropsychologie, 57  
 Neuroticisme, 7  
*Newman, 54*  
*Nisbett, 137*  
*Norman, 128*

**O**

*O'Hara, 133*  
 Observance, 116  
 Output, 22

**P**

*Papsdort, 135*  
 Patient  
 – indécis, 111  
 – qui se blâme excessivement, 113  
 – suicidaire, 108  
*Paykel, 152*  
 Pensée  
 – automatique, 75, 111  
 – négative, 73, 119, 185  
 Personnalisation, 29  
 Personnalité, 7, 41, 45  
*Persons, 133*  
 Pessimisme, 1  
*Petrie, 124*  
*Petty, 120*  
*Phillamy, 54*  
*Piaget, 24*  
*Pignatiello, 75*  
 Plan d'activité, 72  
*Platon, 18*

*Pokorny, 123*  
*Porkorny, 123*  
 Postulat silencieux, 86, 89, 90, 91, 93  
*Pox, 58*  
 Prix Lasker, 160  
 Probabilité, 83  
 Problèmes  
 – de couple, 115  
 – psychopathologiques multiples, 115  
 Processus cognitif, 21, 22, 26, 137  
*Proudfoot, 157*  
 Psychophysiologie, 53  
 Psychothérapie, 189  
 – cognitive, 97

**Q**

Questionnaire  
 – de pensées automatiques, 203  
 – des cognitions, 132, 134  
 – des expériences dépressives, 129  
 – des pensées automatiques, 120, 198  
 – du biais cognitif, 126, 127  
 – du style d'attribution, 132, 135, 136

**R**

*Rachman, 54*  
 Ralentissement, 1  
*Randolph, 44*  
*Rao, 133*  
*Raps, 133*  
 Réattribution, 113  
 Recueil des données, 84  
*Reda, 131*  
 Règle personnelle, 87  
*Rehm, 34, 120*  
 Relaxation, 49, 74  
 Répartition de la responsabilité, 113  
 Répétition mentale, 71  
 Réponse cardio-vasculaire, 56  
*Revicki, 155*  
*Reyez, 56*  
*Rippere, 48*  
*Rotter, 32, 136*  
*Rush, 18, 19, 42, 121, 127, 131, 139, 141,*  
*142*  
*Ryon, 121*

## S

- Sackheim*, 39  
*Safer*, 57  
 Schéma, 25, 26, 37, 41, 48, 86, 89  
 – cognitif, 21, 129, 137  
 – compensatoire, 47  
*Schwartz*, 39, 55, 57, 58  
*Scott*, 154, 155  
 SD (écart-type), 130  
*Seligman*, 13, 31, 32, 33, 120  
*Selmi*, 157  
 Sens implicite, 87  
*Shea*, 142, 148  
*Silverman*, 42, 51  
*Simons*, 42, 50, 142, 148  
 Situation-problème, 69  
*Skinner*, 15  
 Sociotropie, 131  
*Socrate*, 18  
 Software, 22, 23  
*Sotsky*, 149  
*Spielberger*, 121, 126  
*Spitzer*, 121, 123, 142  
*Stuart*, 146  
 Style cognitif, 45, 119  
 Surgénéralisation, 29

## T

- Tâche  
 – agréable, 74  
 – assignée, 95, 99, 107  
 – graduée, 70  
*Teasdale*, 24, 32, 38, 43, 142  
 Technique de la double colonne, 189  
 Test  
 – de croyances irrationnelles, 135  
 – de la réponse cognitive, 126, 127  
 – des croyances irrationnelles, 134  
 – du style cognitif, 120, 125  
*Thase*, 142, 143  
 Théorie  
 – de l'impuissance apprise de  
*Seligman*, 132  
 – rationnelle-émotive d'Ellis, 134  
 Thérapeute (bon), 62  
 Thérapie (conclusion), 94

- Thérapie cognitive, 62, 64, 66, 94  
 – par un programme présenté sur  
 ordinateur, 157  
 – sur Internet, 158  
*Thyer*, 135  
*Tissot*, 47  
*Tolstoï*, 19  
 Traitement  
 – de l'information, 19, 37  
 – des informations, 21  
 Trouble bipolaire, 152  
*Tulving*, 23  
*Turk*, 120  
*Turner*, 145

## U

- Utilité  
 – à court terme, 92  
 – à long terme, 92

## V

- Vantomme*, 19, 50  
*Velten*, 53  
*Voltaire*, 39  
 Vulnérabilité cognitive, 45

## W

- Watkins*, 127  
*Watson*, 18  
*Wegner*, 39  
*Weissman*, 41, 86, 125  
*Wetzel*, 123  
*Wilkinson*, 126, 127  
*Williams*, 54  
*Wilmotte*, 19  
*Wilson*, 137

## Z

- Zajonc*, 42  
*Zanarini*, 45