

LES THÉRAPIES COGNITIVE DE LA DÉPRESSION

Ou l'Art de la Pensée Rationnelle

Sommaire

- INTRODUCTION
- LES GRANDS PRINCIPES
- déroulement d'une thérapie cognitive
- QUESTIONS DIVERSES LIÉES À LA THÉRAPIE COGNITIVE

Échelle des croyances dysfonctionnelles (DAS)

Intelligence et pensées dysfonctionnelles

Origines de la Thérapie Cognitive

Jean Piaget

George Kelly

Albert Ellis

Thérapie Cognitive appliquée aux troubles de la personnalité

Thérapie Cognitive et psychoses

Domaine personnel

Thérapie Cognitive versus méthode Coué

- OUVRAGES

INTRODUCTION

La **thérapie cognitive** est une méthode qui a été développée aux États Unis par le Dr. Aaron Beck et ses collaborateurs, à partir des années 1960, afin de traiter principalement les problèmes de dépression et d'anxiété.

L'idée première de la thérapie cognitive est que nos émotions et notre comportement reposent sur nos croyances et notre système de représentation du monde (cognitions). Les personnes dépressives ou anxieuses ont une représentation anormalement négative et irrationnelle du monde et d'elles-mêmes. Ce sont ces *distorsions cognitives* qui sont à l'origine de leur problème.

Les techniques employées par la thérapie cognitive permettent à ces patients d'analyser leurs croyances de manière plus rationnelle, les aidant ainsi à retrouver rapidement une vie normale, de manière durable.

Contrairement à la psychanalyse ou aux traitements à base d'antidépresseurs, la thérapie cognitive part du principe que nos humeurs et notre comportement ne sont pas le fruit de forces mystérieuses qui nous échappent (inconscient freudien, "traumatismes refoulés" de l'enfance, déséquilibres chimiques dans le cerveau), mais bien de choses qui nous sont directement accessibles : nos pensées.

Très développée aux États-Unis et dans tous les pays anglo-saxons où elle a apporté des résultats remarquables, la Thérapie Cognitive est encore peu connue en France. Ce site Web a pour objectif de contribuer à mieux la faire connaître auprès d'un public francophone.

LES GRANDS PRINCIPES

• Une cognition, qu'est-ce que c'est ?

Le mot "Cognition" vient du latin "Cognito" signifiant : une pensée.

D'un point de vue formel, le terme "Cognition" comprend l'ensemble des connaissances, des croyances et des représentations mentales d'une personne ; Dans un sens plus large, cela inclut également les mécanismes par lesquels cette personne acquiert de l'information (démarches d'apprentissage), la traite, la conserve et l'exploite.

Les cognitions sont liées à la perception, à l'éducation, à l'apprentissage, à la mémoire, à l'intelligence, à la fonction symbolique et au langage.

Plus simplement, on pourra retenir que nos "cognitions" sont nos croyances et nos pensées.

• Nos émotions sont le fruit de nos pensées.

"You feel the way you think." D. Burns.

C'est là le principe premier de la thérapie cognitive : ce n'est pas le monde extérieur qui est la cause de nos émotions et de notre humeur, mais seulement la représentation que l'on en a et les pensées qui nous traversent l'esprit.

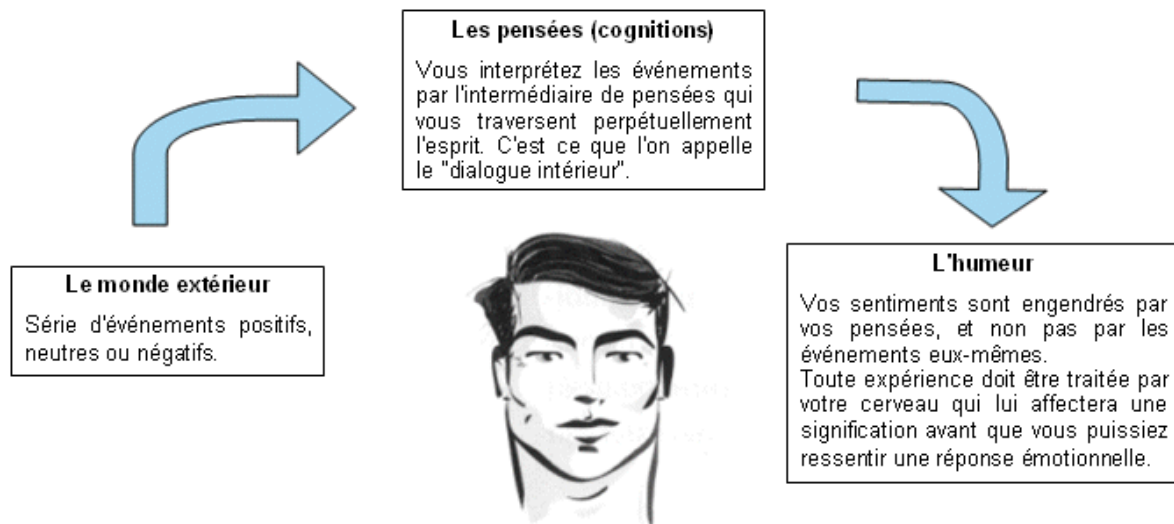


Schéma d'après David Burns.

Cette idée est en fait très ancienne. Les philosophes stoïciens de l'antiquité l'avaient déjà clairement exprimée il y a deux millénaires ([voir Stoïcisme et Thérapie Cognitive](#)). Les fondateurs de la thérapie cognitive, dans la deuxième moitié du 20ème siècle, ont d'ailleurs toujours ouvertement affiché l'influence de la philosophie stoïcienne sur leur théorie.

Si la dépression était la conséquence de conditions de vie difficiles, on devrait en théorie observer des vagues de cas de dépression en période de guerre, ou dans des pays touchés par la malnutrition. Or on constate plutôt le contraire (on se suicide moins en temps de guerre qu'en temps de paix, moins en Afrique qu'en Europe). En fait, il apparaît qu'une grande proportion des personnes souffrant de dépression ont une vie que d'autres pourraient considérer comme a priori satisfaisante, voire enviable : situation financière normale, famille aimante, pas de traumatisme particulier, pas de maladie organique, pas de pression ni de danger marquant.

En fait, la dépression n'est pas causée par l'environnement du sujet, mais par les pensées et les schémas mentaux qu'il emploie pour l'interpréter. C'est donc en apprenant à travailler sur ses cognitions qu'une personne pourra sortir de sa dépression. C'est précisément là le but d'une thérapie cognitive.

• Les distorsions cognitives.

Les cognitions étant par nature plus ou moins subjectives, elles peuvent conduire le sujet à une vision approximative, déformée, voire totalement inexacte du monde.

Chez le sujet dépressif, les distorsions cognitives, c'est à dire des interprétations et des représentations biaisées du monde privilégiant systématiquement une vision négative et pessimiste des choses, sont responsables de son incapacité à évaluer la réalité de manière positive ou neutre. Le patient ne semble plus capable d'objectivité.

Ces distorsions peuvent concerner des domaines plus ou moins importants de la vie d'une personne.

Aaron Beck a défini la dépression comme étant le résultat de distorsions dans trois domaines majeurs :

1. **Cognitions sur soi.**
2. **Cognitions sur l'environnement** (le monde et les autres).
3. **Cognitions sur l'avenir.**

Ces 3 grands types de distorsions constituent ce que l'on appelle **la triade de Beck**. On peut les retrouver à des degrés divers chez tous les patients déprimés.

Exemples de distorsions cognitives chez un patient dépressif :

Cognition sur soi : **"Je ne vau rien", "Je ne suis pas à la hauteur"**.

Cognitions sur l'environnement : **"Ce monde est pourri", "Les gens sont égoïstes"**.

Cognitions sur l'avenir : **"Rien ne s'améliorera jamais", "C'est sans espoir"**.

Chez une personne dépressive, ces expressions ne sont pas de simples paroles en l'air destinées à attirer l'attention. Elle correspondent à la véritable représentation mentale qu'elle se fait du monde et d'elle-même.

Comme nous le verrons dans les paragraphes suivants, le rôle du thérapeute est de faire prendre conscience au patient de ces distorsions cognitives, et de l'amener à une représentation plus "normale" et plus rationnelle des choses. Pour cela, il va, dans un premier temps, devoir apprendre au patient à devenir **métacognitif**, c'est-à-dire l'amener à réfléchir à la manière dont il pense. (cette capacité à réfléchir à la manière dont on pense apparaît habituellement chez l'enfant vers l'âge de 6 ans. Elle tend à disparaître chez les personnes souffrant de dépression).

- **Les 10 pensées dysfonctionnelles types.**

Les pensées dysfonctionnelles sont des distorsions cognitives très courantes chez les personnes dépressives. Ce sont des façons de penser stériles, souvent stéréotypées, qui s'appliquent de manière quasi-automatique (on parle également de "pensées automatiques"), et amènent le sujet à avoir une vision très sombre du monde.

Voici les 10 pensées dysfonctionnelles les plus répandues (liste d'après A. Beck & D. Burns) :

Liste des pensées dysfonctionnelles

1- La pensée dichotomique (principe du tout ou rien). C'est le fait de penser que si une chose n'est pas exactement comme nous le souhaitons, alors il s'agit d'un échec. Il s'agit d'une perte totale des nuances. Ex. : "**Si je n'ai pas été embauché, c'est que je ne vauds rien**", "**Si je n'ai pas 20 sur 20 à cet examen, c'est que je suis nul**". Dans ces conditions, avoir 18 sur 20 à un examen, ou n'être "que" le second de sa promotion peuvent être perçus comme des échecs cuisants.

2- La surgénéralisation : on construit des règles pour son comportement futur à partir de quelques événements négatifs passés. Ex. : "**Elle n'a pas voulu sortir avec moi ; je vois bien que je n'arriverai jamais à sortir avec une fille**". Avec la surgénéralisation, un seul événement négatif peut influencer tout le comportement à venir d'une personne qui se voit alors vouée à l'échec. On peut distinguer 2 grands types de surgénéralisation

2-a : La surgénéralisation verticale : un échec dans un domaine à un moment donné, et c'est tout le domaine en question (passé, présent et avenir) qui est perçu comme un échec et perdu d'avance. Ex. : "**Elle ne veut pas sortir avec moi. J'ai toujours tout raté en amour, je serai seul et malheureux toute ma vie**".

2-b : La surgénéralisation horizontale : c'est le fait de lier entre eux des problèmes différents, là où ça n'a pas lieu d'être. Un échec dans un domaine va amener la personne à voir des échecs dans tous les domaines. Ex. : "**J'ai été licencié de mon entreprise, ce n'est pas étonnant, je rate tout ce que je fais dans la vie**".

3- L'abstraction sélective : c'est un filtre mental qui ne laisse percevoir que le côté

négligence des choses. On se focalise sur les détails déplaisants, ce qui nous conduit à voir l'ensemble en négatif. Ex. : une personne passe une soirée avec des gens agréables et intéressants, elle s'amuse, elle danse, lorsque quelqu'un renverse du café sur sa chemise. A cause de cet incident, elle en conclut que la soirée est totalement gâchée. Autre exemple : un joueur de tennis gagne lors d'une rencontre sportive, mais au lieu de s'en réjouir, il passe plusieurs jours à ressasser les erreurs qu'il a commises pendant le match et à s'en faire le reproche.

4- La disqualification du positif : on transforme une expérience neutre ou positive en expérience négative. Ex. : on me fait un compliment, j'en déduis que **"tout le monde sait que c'est faux, on me dit ça juste pour me faire plaisir"**, ou encore : **"Le soutien des gens qui m'aiment ne compte pas. Ils ne connaissent pas ma vraie nature"**. C'est une sorte d'alchimie inversée où l'on transforme de l'or en plomb.

5- Les conclusions hâtives (ou principe de l'inférence arbitraire) : on imagine des scénarios noirs sans preuve et on y porte crédit. On peut en distinguer 2 sortes :

5-a : Les lectures des pensées d'autrui : C'est lorsque l'on croit connaître les pensées des autres en se fiant à de maigres indices. Ex: **"Je lui ai laissé un message mais il ne m'a pas rappelé, il ne me considère plus comme son ami."**, ou bien : **"Mon patron m'a regardé de travers, il pense certainement me licencier"**.

5-b : Les erreurs de voyance : faire des prédictions pessimistes et les considérer comme vraies. Ex. : **"Je vais devenir folle."**, **"Cette thérapie ne marchera pas, je suis incurable."**, **"Je vais rester seul toute ma vie."**

6- Exagération (dramatisation) et minimalisation : on exagère ses erreurs et on minimise ses points forts. Exemple d'exagération : **"J'ai fait une erreur au travail, tout le monde va le savoir et je serai complètement ridicule aux yeux de tous."** ; Exemple de minimalisation : **"J'ai trouvé la solution au problème, mais c'est simplement parce que j'ai eu un coup de chance"**.

7- Le raisonnement émotionnel : c'est se servir de ses sentiments comme s'il s'agissait de preuves. Ex. : **"Je me sens désespéré, donc mes problèmes doivent être impossibles à résoudre."** ; **"Je ne me sens pas de taille à affronter une situation, donc je suis un loser."** ; **"Si je me sens dégoûté de ce monde, c'est parce qu'il n'a rien à m'offrir"** ; **"Si je suis angoissé tout le temps, c'est bien qu'il y a quelque chose qui ne va pas"**.

8- Les fausses obligations ("musturbation" en anglais) : Se fixer arbitrairement des buts à atteindre (je dois, je devrais...). Ex. : **"Je dois absolument faire le ménage chez moi."** Résultats : si l'on n'atteint pas ses objectifs, on se sent coupable. On peut également appliquer cette règle pour les autres (on me doit...) : **"Après tout ce que j'ai fait pour lui, il pourrait au moins être reconnaissant."** Cela conduit à un sentiment d'amertume, de ressentiment, et à l'idée que l'on est la seule personne à se conduire convenablement.

9- L'étiquetage : ce sont des jugements définitifs et émotionnellement chargés que l'on porte sur les autres ou sur soi-même. Ex. : "**Cette personne est un monstre.**" ; dire "**Je suis complètement nul**" au lieu de dire "J'ai fait une erreur".

10- La personnalisation : se sentir responsable du comportement des autres. Ex. : "**Si mon fils ne travaille pas à l'école, c'est parce que je suis une mauvaise mère.**", "**Ce qui arrive est ma faute.**" La personnalisation conduit à un sentiment de culpabilité. C'est l'erreur consistant à penser pouvoir gérer la vie des autres (alors qu'on ne peut que l'influencer).

Au commencement d'une thérapie cognitive, le patient devra étudier, comprendre et apprendre cette liste de pensées dysfonctionnelles. Avant toute forme d'introspection, le patient sera amené, grâce à des exercices, à repérer et mettre en évidence ces différentes pensées dysfonctionnelles sur des exemples types ;

Une fois bien exercé, il pourra commencer à relever et mettre en évidence ces distorsions dans sa propre façon de penser.

Pour cela, il pourra être amené à employer un outil très utile : les fiches d'autoévaluation de Beck.

• Les fiches d'autoévaluation de Beck

Il s'agit d'une technique très simple élaborée par Aaron Beck pour aider ses patients à mettre en évidence clairement leurs pensées dysfonctionnelles afin de mieux les analyser. Les patients disposent ainsi d'un outil qui leur permet par eux-mêmes d'avoir une approche plus rationnelle et moins stérile de leurs problèmes.

Il s'agit d'un formulaire constituée de 5 colonnes que l'on remplit de gauche à droite :

Date :

Situation	Emotions		Pensée Automatique	Réponse Rationnelle	Résultat	
	Spécifier :		La pensée automatique qui a conduit à l'émotion :	La pensée rationnelle qui répond à la pensée automatique :	Réévaluation de la croyance dans la pensée automatique	
	Tristesse :	%			Tristesse :	%
	Colère :	%			Colère :	%
	Anxiété :	%			Anxiété :	%
		%				%
					Spécifier de nouvelles émotions éventuelles :	
Evaluer l'intensité globale de l'émotion :		Niveau de croyance dans cette pensée automatique :	Niveau de croyance dans cette pensée rationnelle :	Evaluer l'intensité globale de l'émotion après analyse :		
%		%	%	%		

- **1^{ère} colonne : Situation** : on y décrit rapidement l'événement ou la situation qui a déclenché la contrariété. On n'y inscrit aucune émotion, ni aucune pensée, mais uniquement des faits. (par exemple : j'ai laissé un message téléphonique à mon ami et il ne m'a pas rappelé)
- **2^{ème} colonne : Émotion** : décrire et évaluer le plus précisément possible les émotions ressenties en pourcentages de 0 à 100. L'émotion globale est à décomposer en terme de : tristesse, colère et anxiété qui sont souvent les trois principales composantes d'une humeur négative. Le patient peut éventuellement en ajouter d'autres (frustration, dégoût, etc...).
- **3^{ème} colonne : Pensées automatiques** : C'est la liste de toutes les pensées qui nous passent par la tête et qui nous rendent malheureux, anxieux, ou en colère. On indiquera le niveau de croyance global pour ces pensées automatiques. (on peut également préciser le niveau de croyance pour chaque pensée automatique).
- **4^{ème} colonne : Réponses rationnelles** : il s'agit ici de prendre du recul par rapport aux pensées de la colonne précédente et de les analyser en mettant en évidence les pensées dysfonctionnelles exactement comme cela a été décrit dans les exercices du chapitre précédent (liste des pensées dysfonctionnelles). On fera enfin la liste des réponses rationnelles face à l'événement ou la situation. On indiquera le niveau de croyance global pour ces réponses rationnelles (on peut préciser également le niveau de croyance pour chaque réponse rationnelle).
- **5^{ème} colonne : Résultat** : après avoir inscrit les pensées automatiques et les réponses rationnelles qui s'y rapportent, on évalue à nouveau les émotions ressenties en terme de tristesse, d'anxiété et de colère. On indiquera également l'intensité globale de l'émotion après analyse, que l'on pourra, bien sûr, comparer avec l'intensité globale de l'émotion avant analyse (colonne 2).

La fiche d'autoévaluation de Beck n'est pas un outil qui fait disparaître toutes les contrariétés de la vie. En revanche, elle permet de rationaliser l'approche que l'on peut en avoir. Très souvent, cette technique conduit à une nette amélioration de l'humeur du patient par rapport à une situation donnée.

Au début de la thérapie, le patient apprendra à remplir ces fiches avec l'aide de son thérapeute afin de bien en comprendre les principes. Il pourra ensuite très rapidement utiliser cette technique seul et acquérir de plus en plus d'autonomie dans la gestion de ses problèmes au quotidien.

Dans le cadre d'une thérapie cognitive, le patient est invité à remplir une fiche de Beck à chaque fois qu'il rencontre une contrariété, ou simplement lorsqu'il se sent mal (tristesse, anxiété, colère). Il peut ainsi être amené à en remplir plusieurs par jour. Le patient pourra conserver ces fiches afin d'avoir un suivi de son travail. Même si une contrariété donnée a déjà fait l'objet d'une fiche dans le passé, le patient ne doit pas hésiter à en remplir une autre sur le même sujet.

La fiche d'autoévaluation est une technique à utiliser sans modération. En effet, si des

distorsions cognitives répétées peuvent rapidement conduire à la dépression, la rationalisation ne peut, quand à elle, avoir que des effets bénéfiques sur l'humeur des patients et leur manière d'appréhender leurs problèmes.

Nous avons jusqu'alors abordé des cognitions dont il était relativement facile de prendre conscience d'un point de vue métacognitif (c.à.d la capacité à analyser sa propre façon de penser). Nous allons maintenant aborder un niveau de cognition plus difficile à mettre à jour : les schémas cognitifs.

• **Les schémas cognitifs.**

Les schémas sont les grandes structures de base de l'organisation cognitive d'un individu. Ce sont des cognitions fondamentales stables et rarement exprimées directement. Les schémas s'appliquent de manière automatique et commencent à se construire très tôt chez l'enfant.

Ils sont ancrés profondément et ne sont pas toujours faciles à mettre à jour. Ces schémas nous amènent à avoir une représentation du monde partielle et très simplifiée. Ils tendent à nous aiguiller systématiquement vers des jugements et des comportements stéréotypés. A partir d'une situation ou d'un événement donné, ils nous fournissent une anticipation de l'avenir.

S'ils nous aident à appréhender notre environnement en nous permettant de ne pas avoir à tout réinventer lorsque nous faisons face à une situation déjà rencontrée, les schémas cognitifs peuvent également nous handicaper, car ils sont très réducteurs, déformant à outrance la réalité et agissant comme des œillères. D'une manière générale, les schémas cognitifs, sans nous laisser le choix, ferment beaucoup de portes, et en ouvrent peu. Chez les personnes dépressives, cela peut aboutir à une véritable vision tunnel du monde.

Les personnes dépressives ont souvent des avis très tranchés sur les sujets sensibles : l'amour, la vie, l'amitié, le monde, les autres, eux-mêmes. Ces opinions sont généralement le fruit de schémas cognitifs très forts qui laissent malheureusement peu de place à la nuance.

Le rôle du thérapeute est de permettre au patient de prendre conscience de ces schémas (par des techniques que nous verrons ensuite), et de l'amener à envisager d'autres options, d'autres façons de voir les choses, de manière plus rationnelle et moins stéréotypée.

Exemples de schémas :

- **"Ma valeur dépend de l'estime des autres".**
- **"Je ne suis rien sans amour".**
- **"Pour être heureux, je dois réussir tout ce que je fais".**
- **"Je suis en danger si je n'anticipe pas tous les problèmes".**
- **"Il faut toujours tirer les leçons de ses échecs".**
- **"On ne peut pas être heureux si on n'a pas trouvé un sens à sa vie".**

Nota Bene : Si les techniques type Fiches d'autoévaluation de Beck, permettent au patient de se sentir mieux dans sa vie quotidienne en l'amenant à rationaliser ses pensées conscientes, elles ne s'attaquent pas aux causes de la dépression. Mettre à jour les schémas cognitifs d'une personne, et l'amener à les analyser, permettra de traiter les causes, et pas simplement les symptômes de la dépression.

Les schémas étant généralement inconscients et rarement verbalisés (on parle de "postulats silencieux"), le thérapeute doit employer certaines techniques pour les mettre à jour lors de la thérapie. La plus utilisée se nomme la technique de la flèche descendante.

• La technique de la flèche descendante (Bottom line)

Nous avons vu que la technique de la fiche de Beck consistait à partir d'une pensée dysfonctionnelle, et de l'analyser de manière rationnelle afin d'amener le patient à une vision plus réaliste, plus neutre, et moins émotionnelle des choses.

Dans le cas de la flèche descendante, nous allons faire *exactement le contraire* : Nous allons partir d'une pensée dysfonctionnelle (consciente) exprimée par le patient, et faire "comme si c'était vrai", afin de pouvoir descendre le plus profondément possible dans des niveaux cognitifs de plus en plus inconscients jusqu'à ce que l'on puisse accéder aux schémas cognitifs qui sont à l'origine de cette pensée.

Le meilleur moyen de comprendre cette technique est de l'illustrer par un exemple :

-Patient : "Mon responsable m'a dit que le client était mécontent de mon travail".

-Thérapeute : "Oui, d'accord, et quel est le problème ?".

-P. : "Il pense sûrement que je suis un ingénieur très médiocre"

-Th. : "Si c'est vrai qu'il le pense, pourquoi est-ce que cela vous ennuie ?"

-P. : "Parce que cela veut dire que je suis effectivement un très mauvais ingénieur, il sait de quoi il parle !"

-Th. : "Peut-être, mais si c'est le cas, en quoi cela vous gêne ?"

-P. : "Ca veut dire que je suis un raté total, un bon à rien."

-Th. : "Bon, et si vous êtes un raté total et un bon à rien, en quoi est-ce que cela est gênant ?"

-P. : "Et bien tout le monde finirait pas s'en rendre compte. Plus personne ne me respecterait. Je serais licencié et je ne pourrais plus jamais trouver de travail dans mon domaine. Je serais obligé de changer de région."

-Th. : "D'accord, et cela signifierait quoi pour vous ?"

-P. : "Cela voudrait dire que je suis complètement nul et inutile. Je me sentirais si malheureux que je voudrais mourir."

Dans l'échange précédent, on peut ainsi mettre en évidence 3 schémas cognitifs chez le patient :

1. : si quelqu'un me critique, il a forcément raison.
2. : ma valeur dépend de mes réalisations.
3. : une erreur, et tout est gâché. Si je ne réussis pas tout le temps, je suis nul.

Une fois l'enchaînement des pensées automatiques établi, et une fois les postulats silencieux identifiés, le travail du patient, avec l'aide du thérapeute, est alors d'analyser l'échange précédent, et, pour chaque étape, d'en faire ressortir les pensées dysfonctionnelles afin de les remplacer par des réponses rationnelles. ([analyse du cas précédent](#)).

Le thérapeute amènera ensuite le patient à faire une analyse coût-bénéfice de ses schémas cognitifs à l'aide d'un tableau à deux colonnes.

On retrouve très souvent les mêmes types de schémas chez les personnes dépressives. Un [test des croyances dysfonctionnelles](#) peut aider à les mettre en évidence.

QUESTIONS DIVERSES LIÉES À LA THÉRAPIE COGNITIVE

Ce chapitre traite de diverses questions qui, sans être liées les unes aux autres, ont toutes trait au domaine de la thérapie cognitives.

• **L'échelle des croyances dysfonctionnelles (DAS : Dysfonctionnal Attitude Scale)**

Le Dr. Arlene Weissman a beaucoup étudié les schémas cognitifs chez les patients dépressifs. Elle a pu distinguer 7 grands schémas cognitifs "classiques" que l'on peut retrouver fréquemment, à des degrés divers, chez les personnes dépressives ou ayant tendance à la dépression.

Voici la liste de ces postulats silencieux :

1. "Mon amour propre dépend de l'estime des autres".
2. "L'amour est nécessaire à mon bonheur".
3. "Ma valeur dépend de mon travail".
4. "Je dois être irréprochable".
5. "J'ai droit à un certain nombre de choses".
6. "Je suis à l'origine de ce qui se passe autour de moi".
7. "Mon bonheur ne dépend pas de moi, mais de paramètres extérieurs".

Elle a élaboré un test d'évaluation permettant de mettre en évidence chez une personne les postulats silencieux qui pourraient potentiellement induire une dépression. Même si la personne n'est pas dépressive, ce test lui permet de connaître ses points de vulnérabilité.

FAIRE LE TEST DAS

• **Pourquoi des personnes intelligentes peuvent avoir des pensées dysfonctionnelles ?**

Si on peut aisément constater la nature irrationnelle des cognitions chez les personnes dépressives, et amener ces personnes à rationaliser leur pensée, il est, en revanche, difficile de trouver une explication claire sur les raisons qui ont amené ces personnes à adopter ce mode de pensée. Nous ne répondront pas non plus clairement à cette question.

Cependant, on peut peut-être entrevoir un élément de réponse en étudiant un cas un peu particulier : le choc culturel (culture shock, en anglais).

Le choc culturel est un phénomène qui peut parfois apparaître chez une personne qui est amenée à quitter son environnement habituel pour vivre temporairement ou définitivement dans une autre culture (autre pays, autre langue, autre religion, autres mœurs, etc...). L'individu qui perd alors ses repères, il peut manifester de l'anxiété et de la frustration. Certains symptômes similaires à ceux de la dépression sont parfois clairement identifiables après quelques semaines, ou plusieurs mois :

- le fait de se laver très souvent les mains.
- inquiétudes excessives concernant l'eau et la nourriture.

- jugements négatifs et stéréotypés sur les habitants du pays.
- rejet de l'environnement et isolement.
- troubles du sommeil.
- crises des larmes inexpliquées.

Pourquoi une personne extraite de son environnement habituel et placée dans un contexte qu'elle maîtrise mal, présente t'elle les symptômes d'une dépression ? Cette question peut être liée à une autre : Pourquoi les personnes dépressives ont tendance à réduire leur monde à un environnement minimum (isolement, vision stéréotypée du monde) ?

Peut-être une réponse : Surgénéraliser, faire des prédictions négatives, stéréotyper, etc., présente un avantage incroyable : *il procure l'illusion de maîtriser son environnement*. Les pensées dysfonctionnelles offrent un pouvoir exceptionnel : celui de répondre à l'avance à toutes les questions. Le dépressif sait tout : il sait quelle est sa nature profonde, quelle sera sa vie, comment sont les gens et le monde. En ce sens, la dépression offre un don unique : celui de clairvoyance, c'est à dire le fait de tout comprendre. N'est-ce pas là le but de l'intelligence ?...

• Les origines de la Thérapie Cognitive

S'il les travaux d'Aaron Beck sont très marqués par le stoïcisme antique, on pourra également noter l'influence plus contemporaine de théoriciens de l'apprentissage tels que Jean Piaget et George Kelly dans l'élaboration de la thérapie cognitive.

Jean Piaget et l'épistémologie génétique :



Biologiste, psychologue et philosophe, Jean Piaget (1896-1980), un des fondateurs des sciences cognitives, travailla dès les années 1920 sur la nature de la pensée, et en

particulier sur le développement de la pensée chez l'enfant. Il nommera ce domaine de recherche : l'**Épistémologie génétique** (l'étude du développement de la connaissance).

Les travaux de Piaget ont marqué les grandes lignes des sciences cognitives.

Lors de ses études, Piaget a pu distinguer 4 étapes fondamentales dans le développement de l'intelligence chez l'être humain :

- Étape 1 : La phase sensori-motrice (0-2 ans)

- Étape 2 : La phase préopératoire (2-7 ans)

- Étape 3 : La phase des opérations concrètes (7-11 ans)

- Étape 4 : La phase des opérations formelles (11 ans et plus)

1 La phase sensori-motrice (0-2 ans)

L'enfant perçoit directement le monde à travers ses impressions sensorielles, et il réagit par le biais de réactions motrices. Il ne fait pas la différence entre objets stables et objets mobiles, il ne fait pas la différence entre lui et le reste du monde.

Dès le début de sa vie, l'enfant développe des aptitudes par rapport à son environnement. Ce sont des aptitudes simples de type sensori-motrices (agripper les objets, les porter à la bouche, etc...).

Ces aptitudes qu'il va employer pour acquérir plus de connaissances sur le monde, ainsi que les représentations mentales qui en découlent, sont appelées **schémas**.

L'enfant construit ses schémas par le mécanisme d'**assimilation**, qui consiste à tester ses anciens schémas avec de nouveaux objets (par exemple, il apprend ce qu'il peut sucer ou pas). Le mécanisme d'**accommodation**, quant à lui, lui permet de *modifier ses schémas* en fonction de ses nouvelles expériences.

L'assimilation et l'accommodation sont les processus qui vont permettre une diversification et une différenciation toujours croissantes des schémas. Elles forment les deux faces de ce que Piaget nomme l'**adaptation** (ce que nous appelons couramment l'*apprentissage*).



La notion de permanence des objets :

Un enfant de 6 mois s'intéresse à un jouet. Quand le jouet est hors de sa vue, l'enfant n'y prête plus attention.

Selon Piaget, ceci est dû au fait que l'enfant n'a pas la notion de permanence des objets. [illustration d'après Henry Gleitman]

L'enfant n'a pas la notion que l'objet que l'on retire de sa vue, continue à exister. Pour lui, ce qu'il ne peut pas toucher, voir, sentir, n'existe pas.

2 La phase préopératoire (2-7 ans)

L'enfant commence à avoir une représentation du monde plus évoluée. Il peut, par exemple, vouloir un objet qu'il n'a pas sous les yeux. Cependant, les représentations ne sont pas encore corrélées de manière cohérente.

En particulier, l'enfant n'a pas encore la notion de conservation des quantités et des nombres :

La notion de conservation des quantités :

A : on demande à un enfant de 4 ans si l'on a les mêmes quantités de jus de groseille dans les deux verres. L'enfant dit "oui".

B : on verse alors, sous les yeux de l'enfant, le contenu d'un des deux verres dans un verre plus large, et on demande à l'enfant quel verre contient maintenant le plus de jus de groseille. L'enfant indique le verre le plus étroit.



[illustration d'après Henry Gleitman]

La notion de conservation des nombres :

L'adulte montre à un enfant de 4 ans deux rangées de jetons. L'une appartient à l'adulte, l'autre à l'enfant. On demande à l'enfant s'ils ont autant de jetons. L'enfant acquiesce.

L'adulte écarte les jetons d'une des rangées, puis il demande à l'enfant s'ils ont encore autant de jetons. L'enfant dit "non", et indique la rangée des jetons écartés comme étant celle contenant le plus de jetons.

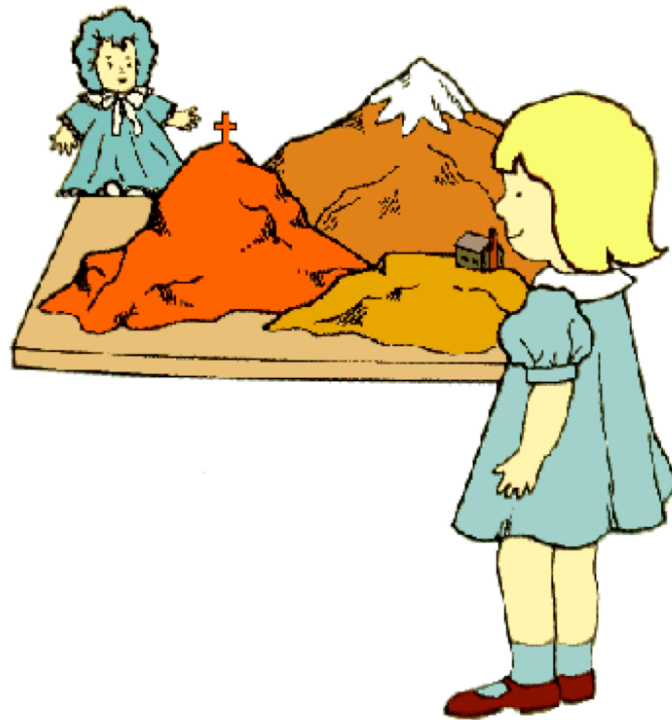


[illustration d'après Henry Gleitman]

L'égocentrisme : le test des 3 montagnes

On demande à l'enfant d'indiquer ce que la poupée voit. La fillette en phase préopératoire pense que la poupée voit la scène telle que elle la voit. Selon l'enfant, la poupée voit la petite maison (qui est bien sûr cachée).

[illustration d'après Henry Gleitman]



L'enfant en phase préopératoire n'a pas encore la notion qu'il est possible d'avoir un autre point de vue que le sien.

L'enfant au stade préopératoire est encore prisonnier de ses perceptions immédiates. Il n'est pas encore en mesure de faire la distinction entre ses perceptions du monde et la réalité.

Par exemple, un enfant de 8 ans sera amusé et en même temps troublé et intrigué de voir un spectacle où un magicien fait sortir des lapins d'un chapeau. En revanche, un enfant de 6 ans assistant au même numéro de magie, sera certes amusé de voir des lapins, mais il n'en sera aucunement troublé ni intrigué. Il n'a pas encore la notion qu'un chapeau ne peut pas contenir de lapins.

3 La phase des opérations concrètes (7-11 ans)

L'enfant sait gérer les notions de nombres et de quantités. Il est en mesure de comprendre ce qu'il se passera quand on reversera le liquide dans le verre initiale. En revanche, il n'a pas encore la notion de pensée abstraite. Il ne sait manipuler mentalement que des notions concrètes.

Par exemple, un enfant de 9 ans peut facilement comprendre que 4 est un nombre pair et $4+1$ est impair, que 6 est pair et $6+1$ est impair, et de la même manière que 8 est pair et $8+1$ est impair. Cependant, il n'est pas encore en mesure de comprendre le principe

qu'ajouter le chiffre 1 à tout nombre pair produit nécessairement un nombre impair.

La capacité de gérer des notions abstraites et formelles n'apparaît que vers l'âge de 11 ans.

4 La phase des opérations formelles (11 ans et plus)

A ce stade, l'enfant est en mesure d'élaborer des hypothèses, de concevoir des stratégies, et de résoudre des problèmes abstraits.

Si, comme tous les cognitivistes, Aaron Beck a été marqué par l'œuvre de Piaget, il a sans doute été encore plus marqué par les théories d'un homme pratiquement inconnu en France : George Kelly.

George Kelly et la théorie des "personal constructs"



George Kelly (1905-1967), ne s'est jamais défini lui-même en tant que cognitiviste. Mathématicien, sociologue et psychologue, il a décidé de consacrer sa vie à soigner les paysans dans une clinique rurale du Kansas. Dans les années 1950, il a également élaboré une théorie totalement originale qui ne s'inscrit dans aucun mouvement ni aucune école : la **psychologie des personal constructs**.

Si George Kelly est inconnu en France (son œuvre n'a jamais été traduite en français), ses théories ont eu un impact certain dans le monde de la psychologie cognitive dans les pays anglo-saxons, ainsi qu'au Canada.

Remarque : dans cet exposé, nous avons fait le choix de conserver la terminologie anglaise car nous perdriions de son sens en voulant la traduire en français (les Canadiens francophones emploient volontiers le terme de "*construits personnels*").

En anglais, le mot "Construct" a deux sens, il décrit une chose qui a été *construite*, *fabriquée de toute pièce*. Il signifie également : *concept, notion, modèle* ou *idée schématique*. Kelly utilisait comme synonymes les termes de "concepts utiles"

(useful concepts), "fictions pratiques" (convenient fictions) et "modèles transparents" (transparent templates).

L'homme le scientifique : pour décrire sa théorie des personal constructs, Kelly aimait employer ce qu'il appelait sa "*métaphore fructueuse*". Il partait du principe que tout homme, dans sa façon de voir le monde, et dans son comportement, avait fondamentalement une démarche de type scientifique. L'homme a une représentation de la réalité, là où le scientifique a des théories. L'homme anticipe les choses et les événements, là où le scientifique a des hypothèses. L'homme essaie, il agit en fonction de ses anticipations, là où le scientifique expérimente. L'homme ajuste et modifie sa représentation du monde en fonction de ses expériences, là où le scientifique est amené à ajuster ses théories pour s'accorder avec les faits.

Théorie des personal constructs = Un axiome et 11 corollaires

- **L'axiome fondamental** : "*les processus d'une personne sont psychologiquement canalisés par la façon dont elle anticipe les événements*".
Par "processus", Kelly comprend les expériences, les pensées, les sentiments et les comportements.
- **Le corollaire de construction** : "*Une personne anticipe les événements en élaborant leur répliques*".
- **Le corollaire de l'expérience** : "Le système de construction d'une personne varie lorsqu'elle élabore avec succès la réplique des événements".

Certains thérapeutes ont également inspiré l'œuvre de Beck.

• La thérapie cognitive appliquée aux troubles de la personnalité

La thérapie cognitive a principalement été développée pour le traitement des troubles de l'humeur, comme la dépression ou l'anxiété. Elle peut également être utilisée pour des troubles de la personnalité. Généralement les traitements de ces troubles durent beaucoup plus longtemps que dans le cas des dépressions.

Arthur Freeman et Russell Leaf ont pu établir des schémas cognitifs types en traitant de nombreux patients souffrant de troubles de la personnalité. Voici une synthèse de ces schémas :

Schémas type de la personnalité paranoïaque :

1. "Les gens tenteront toujours de me faire du mal."
2. "Je ne peux faire confiance à personne. Ils profiteront toujours de moi."
3. "On tentera toujours de m'importuner."
4. "Ne pas s'énerver, rester indifférent."
5. "Toute offense envers moi, même minime, doit être sanctionnée."
6. "Rester sur ses gardes. Être toujours préparé au pire."
7. "Tout compromis est une capitulation."
8. "Éviter l'intimité, si je suis proche d'une personne, elle peut trouver mes faiblesses."
9. "Se méfier de toute personne qui a du pouvoir, elle peut me faire du mal."

Schémas type de la personnalité schizoïde :

1. "Pourquoi est-ce que je devrais être proche des gens ?"
2. "Être proche des autres n'est pas très important."
3. "Je suis mon meilleur ami."
4. "Rester calme. Afficher ses émotions est embarrassant et inutile."
5. "Ce que les autres disent et pensent n'est ni intéressant, ni important."
6. "Le sexe, d'accord, mais juste pour l'hygiène."

Schémas type de la personnalité antisociale :

1. "Les règles sont faites pour les autres."
2. "Seuls les idiots obéissent aux règles."
3. "Les règles sont là pour être transgressées."
4. "Se méfier des gens de pouvoir."
5. "Mon plaisir d'abord."
6. "Si les autres sont blessés par mon comportement, c'est leur problème."
7. "Je le fais maintenant. Il est hors de question que je sois frustré."
8. "Je ferai ce qu'il faudra pour obtenir ce que je veux."
9. "Je suis beaucoup plus intelligent que la plupart des autres."

Schémas type de la personnalité borderline :

1. Je ne sais pas vraiment qui je suis.
2. Je finirai par être abandonné.
3. Ma souffrance psychique est si intense que je ne peux pas le supporter.
4. Je ne peux pas contrôler mon comportement. C'est ma colère qui me contrôle.
5. Je suis dominé par mes sentiments, et je ne peux pas les modifier.
6. Il (elle) est tellement extraordinaire, j'ai une chance incroyable ! / Il (elle) est tellement méprisable, je ne peux pas le (la) supporter ! [le jugement oscille d'un extrême à l'autre très rapidement].
7. Quand je suis accablé, je dois obligatoirement m'échapper (départ, ou suicide).

Schémas type de la personnalité histrionique :

1. Les apparences sont importantes.
2. Les gens sont jugés sur leur apparence extérieure.
3. Je dois être remarqué.
4. Je ne dois jamais être frustré.
5. Je dois obtenir tout ce que je veux.
6. Les émotions doivent toujours être exprimées directement et rapidement.
7. La beauté est le facteur le plus important lorsqu'on juge une personne.

Schémas type de la personnalité narcissique :

1. Je dois obtenir ce que je veux lors de chacun de mes échanges.
2. Je ne dois, en aucune manière, être frustré dans ma recherche de plaisir ou de reconnaissance.
3. Je suis une personne hors du commun.

4. Je ne devrais avoir à faire qu'avec des personnes hors du commun comme moi.
5. Je dois être admiré.
6. Personne ne devrait avoir plus que ce que j'ai.

Schémas type de la personnalité évitante :

1. Je dois être apprécié.
2. Je ne dois pas paraître idiot aux yeux des autres, à aucun moment.
3. Le monde est dangereux.
4. Les autres doivent prendre soin de moi.
5. Mieux vaut être isolé que de risquer d'être blessé.
6. Toute critique envers moi est une terrible condamnation.
7. Les gens doivent m'offrir des garanties inconditionnelles d'acceptation avant que je puisse établir des liens avec eux.

Schémas type de la personnalité obsessionnelle-compulsive :

1. Il faut obéir à des règles strictes dans la vie.
2. En se concentrant sur les détails d'un problème, on réduit les risques de faire une erreur.
3. Une personne est définie par ce qu'elle fait.
4. On est quelqu'un de bien si l'on fait bien son travail.
5. Tout se passera bien si les règles sont suivies à la lettre.
6. Ne jamais jeter quelque chose qui pourrait avoir de la valeur.
7. Les émotions doivent être maîtrisées.

Schémas type de la personnalité passive-agressive :

1. Je ne devrais avoir à faire que ce que j'ai envie de faire.
2. Les gens ne devraient pas me demander quoi que ce soit.
3. Les autres sous-estiment mon travail et ma valeur.
4. Je dois me protéger en me faisant passer pour une victime.
5. Les supérieurs hiérarchiques sont généralement injustes.
6. On ne devrait pas me demander de travailler autant.
7. Les échéances et la pression sont injustes. Il faut s'y opposer.
8. La colère ne peut pas être exprimée ouvertement.
9. La colère est dangereuse et doit être évitée.
10. Tout ce qui peut être remis au lendemain, doit l'être.
11. Partir avec le maximum de choses.

• Thérapie cognitive et psychoses

La thérapie cognitive de fait pas un distinguo de nature entre névrose, d'une part, et psychose, d'autre part. Beck considère les deux comme le résultat de distorsions cognitives. Le mécanisme est le même, avec simplement une intensité et une étendue plus ou moins large des distorsions. Ainsi, un patient névrosé aura une perception irrationnelle de la réalité dans quelques domaines seulement, alors qu'un patient psychotique aura une perception irrationnelle de la réalité dans presque tous les domaines. Pour être plus précis, on peut dire que les patients psychotiques ont

malheureusement tendance à réduire le champ de leur activité mentale à ces seules distorsions. Les capacités de jugement des patients psychotiques étant alors fortement endommagées, il devient très difficile, voire impossible, au thérapeute d'amener l'individu à développer une approche métacognitive de ses problèmes.

C'est la raison pour laquelle la thérapie cognitive est habituellement réservée aux troubles de l'humeur (dépression, anxiété) au cours de thérapies courtes, et, dans une moindre mesure, aux troubles de la personnalité (thérapies plus longues, voir chapitre ci-dessus). Elle s'applique, en revanche, difficilement aux troubles psychotiques (type schizophrénie).

• La notion de *Domaine personnel*

Le Domaine personnel est une notion qui peut sembler triviale à priori. Cependant c'est un outil puissant qui permet souvent de mieux comprendre des sentiments tels que l'anxiété, la tristesse ou la colère.

Définition : Le domaine personnel est l'ensemble des choses, matérielles ou immatérielles, qui ont de la valeur aux yeux du sujet.

Au centre du domaine, on trouvera la représentation de soi, les caractéristiques personnelles, les buts, les valeurs fondamentales de l'individu. Autour de ce centre, on trouvera par exemple la famille, les amis, les biens matériels. Selon les individus, on pourra également trouver d'autres composants du domaines, comme par exemple : la nationalité, la classe socioculturelle, des concepts tels que la liberté, la justice, la moralité, la foi religieuse, le respect des règles, etc...

Le concept de domaine personnel aide à comprendre comment une personne peut être fortement affectée par des événement très éloignés géographiquement : par exemple, un individu peut devenir euphorique si un membre de son groupe social, ou de sa nationalité reçoit une récompense lors d'un championnat sportif. De même il peut être scandalisé si un membre de son groupe est victime de brutalités. Il réagira comme si c'était *lui-même* qui était l'objet de bons ou de mauvais traitements. D'autres personnes peuvent rester totalement indifférentes aux mêmes événements si elle n'ont pas les mêmes composants dans leur domaine personnel (celui de nationalité par exemple).

La nature de la réponse émotionnelle d'une personne à un événement donné, dépend selon que l'individu considère cet événement comme ajoutant, enlevant, mettant en danger, ou bien affectant son domaine personnel.

- **La tristesse :** c'est le sentiment provoqué par la perception d'une perte pour le domaine personnel. Perte d'un être aimé, perte de capacités physiques, perte d'une fonction sociale (chômage).
- **L'euphorie et l'excitation :** sentiments provoqués par la perception d'un gain pour le domaine personnel. Par exemple le fait de se faire de nouveaux amis, acquérir de nouveaux biens matériels, ou atteindre ses buts.
- **L'anxiété :** c'est le sentiment provoqué par la perception d'une menace pour le domaine personnel. Menaces pour ses biens matériels, menace de la perte d'un proche (maladie, séparation géographique), menaces psychologiques (risques

d'humiliation, de critiques) . Si l'individu a confiance dans sa capacité à faire face à la menace, son anxiété est grandement diminuée. L'anxiété augmente lorsque la menace est perçue comme imminente, hautement probable et très destructrice pour le domaine personnel.

- **La colère** : c'est le sentiment provoqué par la perception d'une attaque (physique ou verbale) visant un ou plusieurs composants du domaine personnel, ou d'une frustration (lorsque l'on obtient pas un élément du domaine que l'on pense dû, par exemple le respect, la reconnaissance).

On peut retrouver les mécanismes cités précédemment chez toutes les personnes dites normales. Chez les personnes souffrant de troubles de l'humeur, les perceptions (de perte, de menace, d'attaque, ou de frustration) sont soumises à de fortes distorsions cognitives, dues à une évaluation très erronée de la situation réelle.

Travailler avec le patient pour mettre à jour les composants de son domaine personnel lui permettra de choisir ceux qu'il souhaite conserver, et éventuellement y adjoindre d'autres.

La thérapie permettra également au patient de rationaliser les perceptions qu'il a des événements en rapport avec les composants de son domaine personnel, et d'en corriger les distorsions.

• **Thérapie cognitive Versus Pensée positive et méthode Coué**

Ceux à qui l'on présente pour la première fois les principes de la thérapie cognitive, font souvent le lien avec "le pouvoir de la pensée positive" (N. V. Peale), ou à la méthode Coué. Il est vrai qu'il y a des similarités apparentes entre la pensée positive et la thérapie cognitive, en particulier, l'idée que nos pensées influencent nos émotions et notre comportement. Cependant, la ressemblance s'arrête là. En effet, le problème majeur de la "pensée positive" vient du fait que les pensées positives ne sont pas nécessairement valides, ni exactes.

Remplacer des pensées irrationnelles négatives par des pensées irrationnelles positives ne résout pas, à terme, les problèmes du patient.

Si une personne peut s'exalter quelque temps en appliquant les principes de la pensée positive, il est probable que ces pensées ne résisteront pas longtemps à la réalité des faits. Or des pensées positives ne peuvent conduire à des sentiments positifs, que si le patient croit en leur validité.

De plus, "le pouvoir de la pensée positive" repose en partie sur les principes religieux de la foi chrétienne (amour, prière, aimer Dieu et son prochain). Ces concepts sont tout à fait hors de propos dans la thérapie cognitive.

Avec la "pensée positive", on vous amènera à voir un verre à moitié plein, plutôt qu'à moitié vide.

L'approche rationnelle de la thérapie cognitive vous apprendra à neutraliser les distorsions, et à constater par vous-même que le verre est rempli à 50 %.

BIBLIOGRAPHIE

Quelques livres pour mieux comprendre la thérapie cognitive

"Cognitive therapy and the emotional disorders" : Aaron T. Beck, 356 p., ISBN 0140156895

Dans cet ouvrage, Aaron Beck décrit les principes de la thérapie cognitive appliqués à tous les désordres émotionnels (dépression, anxiété, phobies, obsessions, troubles psychosomatiques, hystérie). Un livre fondamental pour les étudiants et les thérapeutes.

"Cognitive therapy of depression" : Aaron T. Beck, 425 p., ISBN 0898629195.

Un livre principalement destiné aux thérapeutes pour leur pratique au quotidien. De nombreuses d'études de cas.

"Feeling good : the new mood therapy" : David Burns, 736 p., ISBN 0380810336.

Un livre grand public, très didactique destiné aux personnes dépressives ou anxieuses. Cet ouvrage explique très simplement les principes de la thérapie cognitive, et propose au lecteur une méthode simple pour une auto-thérapie.

"Learned optimism" : Martin Seligman, ISBN 1857883349.

Dans cet ouvrage, Martin Seligman décrit ses recherches sur l'*impuissance apprise* (*learned helplessness*), chez l'animal et chez l'homme, et propose son propre modèle cognitif de la dépression. Il raconte également l'histoire de la thérapie cognitive avec de nombreuses anecdotes.

"Comprehensive handbook of cognitive therapy" : co-écrit, 640 p., ISBN 0306430525.

Intéressant, en particulier pour son chapitre sur les troubles de la personnalité (personality disorders), écrit par Arthur Freeman et Russell Leaf. Ce chapitre traite de l'utilisation de la thérapie cognitive appliquée au traitement des personnalités paranoïaques, schizoïdes, antisociales, borderline, histrioniques, narcissiques, évitantes, dépendantes, obsessives-compulsives, passives-agressives.

"A theory of personality" : George A. Kelly, 190 p., ISBN 0393001520.

Un ouvrage difficile sur la théorie des "Personal Constructs". Beck a longtemps étudié la théorie de personal constructs avant d'élaborer la thérapie cognitive.