

Université Charles-De-Gaulle – Lille 3

Thèse de doctorat de Psychologie

**Evolution des schémas cognitivo-émotionnels
chez des patients anxio-dépressifs en fonction
d'une prise en charge en psychothérapie cognitive**

Par Losséni FOFANA

Sous la direction du Professeur Marc Hautekeete

Année 2007

Table des matières

Première partie

Théorie

Introduction.

1. Problématique et cadre conceptuel	2
2. Choix du sujet	4
3. Plan de la recherche	6

Chapitre I

Théories d'apprentissage et cognitivisme

1. Cognitivisme	8
2. Cognition	9
I. Les modèles cognitivistes	10
1. Modèle de Tryon (1997) : mémoire associative bidirectionnelle	10
2. Modèle de Bower et Cohen (1982)	12
2.1. Principe de base	12
2.2. L'influence des émotions sur la mémoire et la pensée : données et théorie	13
2.2.1. Base expérimentale	14
2.2.2. Filtrage sélectif et apprentissage	15
2.2.3. Récupération sélective	16
2.2.4. La théorie du réseau sémantique	18
2.2.5. La théorie du réseau de la récupération état dépendante	21
2.2.6. Extension de la théorie du réseau de l'affect	23
2.2.7. La structure de contrôle par le tableau noir	25
2.2.8. Les sources de connaissance émotionnelle	26
2.2.9. Les règles d'interprétation émotionnelle	27

Chapitre II

Fondements des thérapies cognitivo-émotionnelles

I. Emotions: les principales théories	31
1. Shachter (1962)	32

2. Leventhal (1980) et Bower (1981) : problématique des schémas	33
2.1. Théorie bi-mnésique des émotions	34
3. Les modèles de réseaux associatifs	38
4. Les modèles de schéma	39
5. « Schéma émotion » (Bucci, 1997)	40
5.1. Concepts de base de la théorie du code multiple	40
5.2. Processus d'inférence	41
5.3. Systèmes sous-symbolique et symbolique	42
6. Psychopathologie cognitive des émotions	43
6.1. Trouble du fonctionnement émotionnel et dépression	44
6.2. Relation entre émotion et personnalité	44
6.3. Relation entre une dimension particulière de la personnalité (alexithymie) et la dimension bifactorielle d'Eysenck	45
6.4. Alexithymie et traitement cognitif de l'information émotionnelle	45
6.4.1. Les réponses physiologiques	45
6.4.2. Les réponses comportementale-expressive	46
6.4.3. Les réponses cognitive-expérientielle	46
6.4.4. Traitement automatique de l'information émotionnelle	46
6.4.4b. Effet modérateur de l'alexithymie sur le rappel des informations émotionnelles	47
II. Affect, émotion et représentation	48
1. Le modèle d'infusion de l'affect (Affect Infusion, AIM)	49
2. Le modèle « Affect en tant qu'information »	51
3. Le modèle « humeur et connaissance générale »	52
III. Psychopathologie	56
1. Psychopathologie et psychiatrie	56
2. Dépression	57
2.1. Evolution de la dépression	58
2.2. Trouble du traitement de l'information dans la dépression	59
3. Anxiété et dépression : Comorbidité	59
3.1. Dépression comorbide	60
3.2. Comorbidité anxiété-dépression	60
4. Modèle de Williams et Oaksford (1992)	61
4.1. Anxiété	62
4.2. Dépression majeure	62

4.3. Distinction entre l'anxiété et la dépression	66
4.4. Différence fonctionnelle entre anxiété et dépression	71
4.5. Implications cliniques	73
5. Relation entre trouble de personnalité et dépression	75
5.1. Modèle de Pilkonis	76
5.2. Modèle de Benjamin (1974, 1993)	76
5.3. Modèles cognitifs	78
5.4. Dimension de l'humeur et personnalité (Tellegen, 1985)	79
5.5. Structure de la dépression et de la personnalité	80
5.6. Spécificité contre généralité des relations	80
5.7. Modèle intégré de la relation personnalité-dépression (Klein, Wonderlich et Schea)	81
5.7.1. Premier épisode du trouble	81
5.7.2. Épisodes suivants du trouble	84

Chapitre III

Méthode des thérapies cognitivo-émotionnelles

1. Modèle de Bower et Cohen (1982)	87
2. Modèle de Beck	87
2.1. Structure cognitive	88
2.2. Structures cognitives dysfonctionnelles et état dépressif	89
2.3. Distorsion cognitive	91
2.4. Pensées automatiques négatives	91
2.5. Disponibilité versus accessibilité	92
2.6. La théorie cognitive de la dépression de Beck et les croyances dysfonctionnelles fondamentales	95
2.7. La triade cognitive de Beck	96
2.8. L'inventaire de dépression de Beck (BDI)	96
2.9. L'inventaire cognitif de la triade de Beck	97

Modèle de Young : Modèle utilisé dans cette thèse

A. Introduction **102**

1. Formation des schémas dans le modèle de Young	102
2. Description sommaire des schémas	106

B. Méthodologie : Transformation des schémas **109**

1. Marche à suivre pour modifier les schémas	109
1.1. Identification du schéma	110

1.2. Sensibilisation du patient à l'enfant blessé en lui	110
1.3. Invalidation du schéma par le raisonnement	111
1.4. Ecrire à toutes les personnes qui ont contribué à la formation du schéma	112
1.5. Analyse détaillée du schéma	114
1.6. Changement de modes de comportement	114
1.7. Incitation à la persévérance	115
1.8. Le pardon	115
2. Les obstacles au changement	116
3. Comparaison de la méthode de Beck et celle de Young	120
3.1. Similitudes entre les deux méthodes	120
3.2. Différences entre les deux méthodes	121
Modèle proposé pour une contribution à l'efficacité thérapeutique	122
A. Introduction	122
1. Modification de l'échelle d'évaluation	123
1.1. Le schéma sentiment que tout nous est dû	124
1.2. Le schéma assujettissement	124
1.3. Le schéma sentiment d'échec	125
2. Les troubles de l'attachement	125
2.1. Facteurs de risque des troubles émotionnels chez l'enfant et L'adolescent	127
3. Style d'apprentissage	129
4. Exigences dans les relations interpersonnelles	131
B. Méthodologie : Déroulement de la thérapie	132
1. Repérage des schémas	132
2. Phase 1	133
3. Phase 2	141

<p>Deuxième partie Recherche quantitative</p>

A - Méthode

1. Sujets	145
2. Matériel	147
3. Procédure	151

B - Résultats

1. Résultats Avant-Après traitement	152
1.1. L'inventaire de dépression de Beck (BDI)	152
1.2. Style de vie (SV)	153
1.3. Le BASIC-ID	153
1.4. Les schémas précoces inadaptés (SCP) Avant et Après	154
1.4.1. Mesures Avant traitements	154
1.4.2. Comparaison des schémas Avant traitement avec les normes	155
1.4.3. Comparaison des schémas avant traitement	156
1.4.3.1. Représentation graphique	156
1.4.3.2. Comparaison des schémas deux à deux par t appariés avant traitement	157
2. Corrélations entre anxiété et dépression sur 14 sujets évalués avant le traitement	158
2.1. Corrélations, entre SV (anxiété) et BASIC-ID ; entre BDI (dépression) et BASIC-ID, avant traitement	158
2.2. Corrélations entre SV, BDI et SCP avant traitement	159
2.3. Corrélations entre les variables du BASIC-ID avant traitement	160
2.4. Corrélations (r) entre les SCP avant traitement	161
3. Comparaison des schémas après traitement	163
3.1. Représentation graphique	163
3.2. Comparaison des schémas deux à deux par t appariés Après traitement	164
3.3. Evolution des schémas Pré-test moins Post-test	165
3.3.1. Représentation graphique	165
3.3.2. Comparaison des schémas Avant-Après traitement	166
3.3.3. Comparaison des schémas Avant-Après traitement par t Student appariés	167
3.3.4. Comparaison des évolutions des schémas prises deux à deux par t Student appariés	168
3.4. Corrélations (r) entre les évolutions : anxiété, dépression, BASIC-IB	169
3.5. Analyse de régression multiple pas à pas – évolution SCP sur évolution anxiété – sur les différences entre les notes des 14 sujets avant et après traitement	169
3.6. Analyse de régression multiple pas à pas – évolution SCP sur évolution dépression – (différences pour ces variables Avant et Après traitement)	171
4. Discussion	173
5. Cas cliniques	177

5.1. Mademoiselle CC	177
1. SCP	177
2. Anxiété et dépression	178
3. Identification et modification des schémas	179
3.1. Séance 1	179
3.2. Séance 2	180
3.3. Séance 3	181
3.4. Séance 4	184
3.5. Séance 5	184
3.6. Séance 6	185
3.7. Séance 7	187
3.8. Séance 8	188
3.9. Séance 9	189
3.10. Séance 10	189
3.11. Séance 11	190
3.12. Séance 12	191
3.13. Séance 13	191
5.2. Mademoiselle CA	194
Séance 5	196
Séance 6	196
Séance 7	197
Séance 8	198
Séance 9	199
Séance 10	200
Séance 11	201
Séance 12	202
Séance 13	202
5.3. Mademoiselle MT	204
Conclusion	208
Références bibliographiques	214

Première partie

Théorie

Introduction

La dépression est une maladie fréquente et sévère, responsable d'une souffrance personnelle et familiale importante. Selon une étude de la revue médecine Liège (2006), elle touche un tiers de la population et sa prévalence est en constante augmentation. Malgré un âge moyen d'apparition de 40 ans, elle est présente dans toutes les tranches d'âge, avec une nette augmentation ces dernières années chez les jeunes et patients gériatriques. Le risque de récurrence est important.

Le trouble dépressif chronique peut atteindre 10 à 20% des sujets déprimés. La dépression est associée à une morbidité significative et un haut risque de mortalité par suicide. La même étude indique que la dépression résistante est un problème fréquemment rencontré en pratique clinique. 30 à 45% des patients déprimés traités par antidépresseurs ne répondent pas ou seulement partiellement au traitement. Il reste chez ces patients des symptômes dépressifs résiduels, associés à un mauvais pronostic et à un risque élevé de rechute. La dépression résistante est ainsi associée non seulement à une souffrance personnelle et familiale importante, mais aussi à un coût social et économique important.

Un rapport du ministère de la santé en France (2007) montre que 5 à 15% de la population française seraient touchés par un épisode dépressif au cours de l'année. La prévalence à un an de l'épisode dépressif caractérisé en Suisse est estimée à 7% et varie entre 3 et 5% aux USA, au Canada ou en Italie.

Les maladies chroniques (cancer, diabète, maladie rhumatismale...) et certaines pathologies mentales comme les troubles anxieux sont souvent associés à une dépression. Selon le même rapport du ministère français de la santé, un tiers des personnes (34,7%) présentant un état dépressif caractérisé indique avoir cessé leur travail en raison de problèmes psychologiques. Le nombre moyen de jours d'arrêt est de 81 jours (108 jours pour un épisode sévère et 10 jours pour un épisode léger). Le risque de décès par suicide est 10 fois plus élevé chez les patients déprimés que dans la population générale.

La dépression selon l'OMS est l'une des principales causes d'années de vies perdues soit par baisse de l'espérance de vie soit par incapacité. Par ses complications évolutives, l'OMS considère que la dépression sera en 2020 au deuxième rang des maladies en termes de cause d'incapacité, juste après les maladies cardio-vasculaires (pour les pays développés), mais avant les cancers.

1. Problématique et cadre conceptuel

L'objectif de cette étude est de participer à la recherche d'un fondement théorique cohérent des psychothérapies cognitives et émotionnelles, augmenter leur efficacité dans le traitement des troubles anxio-dépressifs.

La thérapie centrée sur les schémas mise au point par Young sur les schémas précoces inadaptés (soit des troubles de personnalité qui font référence à l'axe II) est-elle efficace avec un trouble tenace de l'axe I à savoir la dépression résistante aux psychothérapie et pharmacothérapie ? Le développement de comorbidités et de troubles de personnalité complique la prise en charge des patients présentant le trouble anxio-dépressif.

Cette étude s'inscrit dans le mouvement cognitiviste, né dans la deuxième moitié du XX^e siècle grâce à l'empirisme logique, la philosophie analytique, le renouveau linguistique, désir exacerbé d'échapper à tout idéalisme. Son éclosion est due en partie au courant nativiste initié par Chomsky, au courant constructiviste issu de la théorie de Piaget, et au courant écologiste dans lequel Wallon a joué un rôle déterminant.

Pour les cognitivistes le modèle informatique du fonctionnement mental en constitue le paradigme central et le fonctionnalisme la théorie la plus connue. Selon ces conceptions, la pensée est un fonctionnement, intégrant des messages, des transmissions, qui s'appuie sur la base physico-chimique. Ces théories ont l'avantage d'approcher de plus près le problème de l'intentionnalité, ou encore du contenu mental. Dès lors, pensées, représentations, images, croyances et interprétations, sont définies à partir du rôle fonctionnel que ces états mentaux jouent dans le déroulement régulier des processus cognitifs.

La connaissance de ces concepts en rapport avec les processus cognitifs ouvre une perspective qui s'impose pour les dépressions, les syndromes post traumatiques, les états anxieux. Cette perspective éclaire le domaine des personnalités pathologiques, l'origine de la personnalité et sa cohérence : le contenu devient un élément d'étude, un rouage psychopathologique, un objet de la thérapeutique.

Les thérapies existantes ont suivi l'histoire de la psychologie expérimentale dans ses grandes étapes : la psychologie comportementale jusqu'à la fin des années 60, puis la psychologie cognitive « froide » accompagnée de l'introduction de la psycho neurologie, et depuis les années 80, la psychologie cognitive dite « chaude » intégrant les processus émotionnels. De cette évolution découle la méthode de thérapie cognitive. La plus connue est celle de Beck. Il y a également la technique de Ellis (la Thérapie Rationnelle Emotive), la

résolution de problèmes, et récemment la méthode de Young issue de celle de Beck. La plupart de ces pratiques thérapeutiques mettent en jeu des processus à la fois comportementaux, cognitifs et émotionnels, ce qui ne serait qu'une traduction d'un mode d'appréhension syncrétique de l'homme : le corps, la pensée, les émotions, les comportements sont en continuelle interrelation.

Cette interrelation cognitivo-émotionnelle et comportementale impliquée dans la prise en charge des sujets anxio-dépressifs incite à définir un cadre conceptuel. L'essor de la psychologie cognitive en relation avec les autres composantes des sciences cognitives offre les outils pour construire ce cadre conceptuel. Pour y parvenir, il est nécessaire d'utiliser les principes élaborés par les chercheurs en sciences cognitives. Ces chercheurs travaillent sur trois idées fondamentales :

La première concerne le niveau physique (bio-physico-chimique au sens large) qui doit être complété et quelquefois remplacé par un niveau représentationnel parce que les états des systèmes physiques envisagés représentent des informations codées à la fois dans des états physiques et des états cognitifs.

La deuxième pose la question des transformations de ces états qui sont décrites à la fois comme des processus physiques et comme des calculs sur les représentations.

Enfin, la troisième indique que la cognition est sous l'effet de l'environnement et produit une réponse ou une action sur cet environnement. A partir de ces effets, elle élabore une théorie et évalue ses résultats. Mais l'essentiel du processus se situe entre stimulus et réponse, et donne lieu à des généralisations indépendantes des valeurs des effets extrêmes. Cet intervalle entre ces effets met en évidence l'importance des processus internes. Ceci marque le rejet du Behaviorisme (qui occulte la « boîte noire ») et l'indication d'une distance par rapport aux méthodes introspectives (la méthode thérapeutique utilisée dans cette thèse associe des techniques cognitives, comportementales et émotionnelles). De plus, selon Blackburn et Cottraux (1988) et les thérapeutes utilisant la catharsis émotionnelle, l'usage est de faire remonter l'approche cognitive de la vie émotionnelle aux penseurs stoïciens du premier et du deuxième siècle après J. Christ : Epictète et Marc Aurèle distinguent les choses qui sont en notre pouvoir de celles qui nous dépassent et recommandent de ne désirer que celles qui sont en notre pouvoir. Pour Kant, la réalité n'est qu'une construction par « les formes a priori de l'entendement » à partir des données perceptives. Quant à Hume, il considère que la psychologie individuelle n'est rien d'autre que le produit d'un ensemble d'expériences et de souvenirs établis par association. Sans oublier que les notions de pensées

automatiques et « de dialogues internes ou monologues intérieurs » remontent à l'époque de Platon.

D'autres notions de la littérature en « thérapies cognitives » nous viennent des principaux attributs de la pensée : croyance, proposition, fonctionnel versus dysfonctionnel, etc. Ce travail sur la thérapie cognitive et comportementale introduisant le concept de schéma cognitivo-émotionnel comporte donc une assise empruntée à la tradition philosophique et une assise historique dans les sciences cognitives.

2. Choix du sujet

Pour étudier l'évolution des schémas cognitivo-émotionnels en fonction d'une prise en charge en psychothérapie cognitive, nous faisons l'hypothèse que chez des patients anxio-dépressifs résistants les composantes anxieuses et dépressives sont liées à l'activation de certains des schémas précoces inadaptés décrits par Young (1995). Dans ce cas, l'utilisation de sa thérapie axée sur ces schémas aurait une répercussion finale sur les niveaux d'anxiété et de dépression. Ainsi, l'évolution du trouble anxio-dépressif serait fonction de l'évolution des schémas ou de certains schémas. Il est possible que certains schémas soient plus liés à la composante anxieuse, d'autres à la composante dépressive et d'autres encore aux deux à la fois. Etant donné l'objectif de Young (de traiter des troubles de personnalité), on peut penser que certains schémas ne soient liés ni à l'une, ni à l'autre. Cette hypothèse est issue de plusieurs recherches.

En effet, depuis quelques années, un intérêt croissant pour les émotions se développe en thérapie comportementale et cognitive. Il est initié aux Etats-Unis (Philippot et al, 2002) par deux facteurs principaux : le premier est la publication d'un modèle de la mémoire émotionnelle servant de base théorique aux techniques d'imagerie mentale émotionnelle couramment utilisées dans les procédures de désensibilisation systématique en thérapie comportementale. Le deuxième est l'ouvrage de Barlow (1988), devenu le manuel de référence en thérapie comportementale et cognitive des troubles anxieux, dans lequel il affirme que les modèles des émotions constituent la référence de son modèle étiologique et de ses interventions cliniques.

Hamilton (1983), en travaillant également à partir de l'anxiété, élabore un modèle cognitivo-sémantique de la mémoire et des émotions. Pour cet auteur, les données sémantiques sont représentées dans une organisation en réseau, mais les différences individuelles relatives à la personnalité, à la motivation et aux émotions sont définies par des schémas sémantiques différents. Ce modèle reprend la notion de schéma qui se révèle efficace parce qu'elle permet d'établir

un lien entre modèle de réseau sémantico-émotionnel (Bower, 1981) et celui des schémas. C'est le modèle cognitif des émotions que nous appelons « schéma cognitivo-émotionnel. Cette désignation indique que les processus émotionnels sont régis par deux types de systèmes de mémoire : le « système schématique » et le « système propositionnel » (Philippot et al, 2002).

Le « système schématique » serait composé de représentations formées d'associations entre les éléments perceptifs et les réponses corporelles de l'individu dans cette situation. Ces représentations sont activées par un ensemble de processus automatiques et implicites (Leventhal, 1984 ; Teasdale, 1999).

Le deuxième système (propositionnel), repose sur un ensemble de connaissances épisodiques et sémantiques explicites obéissant aux règles sémantiques de la logique propositionnelle (Philippot et al, 2002). Ce système est le siège des processus cognitifs plus complexes pouvant être conscients et volontaires.

Le modèle ainsi constitué stipule que les processus émotionnels sont régis par un ensemble de systèmes spécifiques de traitement de l'information qui interagissent entre eux (Leventhal, 1984 ; Teasdale et Bernard, 1993). Ce modèle de schéma cognitivo-émotionnel est un modèle bi-mnésique des émotions selon Philippot et ses collègues (2002). Pour Lang (1979), c'est la théorie bio-informationnelle et pour Williams (1996), il représente la mémoire autobiographique et la dépression (voir la figure 1).

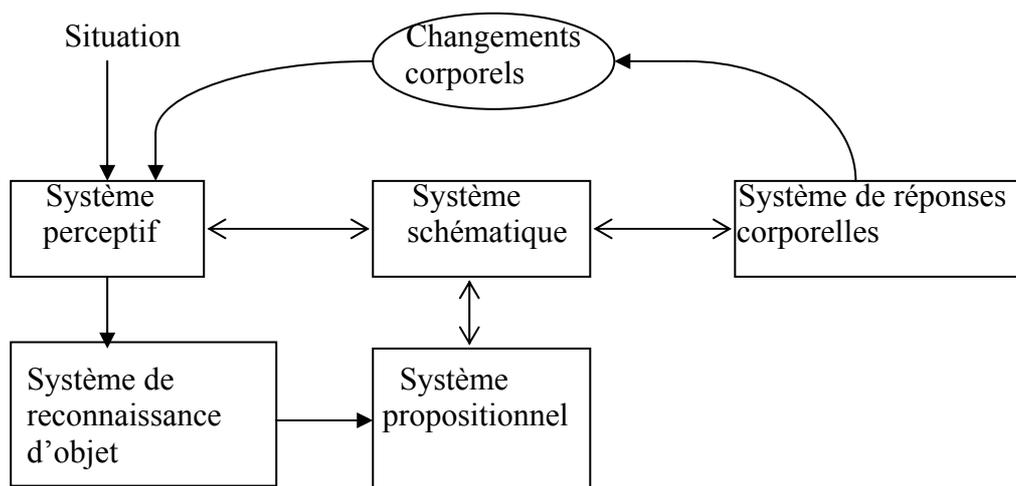


Figure 1 : Présentation des différents systèmes du modèle bi-mnésique des émotions (Philippot & al, 2002).

Philippot et ses collaborateurs (2002) expliquent que le système perceptif opère une première analyse des indices perceptifs captés par les différents organes sensoriels. Ce traitement est automatique à partir des indices visuels par extraction des formes ou des patterns de mouvement. Très tôt, le système perceptif entre en relation avec le système des schémas et le système de reconnaissance d'objet. Le système perceptif reçoit également, par proprioception et « viscéroception », la rétroaction des réponses émotionnelles physiologiques.

Ce système de reconnaissance d'objet se développe très tôt au début de la vie. Il intègre les données fournies par le système perceptif afin de permettre l'identification des objets. Ces informations sont transmises exclusivement au système propositionnel.

Le système schématique reçoit des informations du système perceptif (qu'il peut influencer en retour) et induit un ensemble de changements dans le système corporel. Sa fonction principale est d'assurer un lien très rapide entre les indices de la situation et les réponses de l'organisme. Ce système de réponses corporelles organise les réponses de l'organisme pour répondre aux contraintes de la situation. Selon Frijda (1986), il est le siège des tendances à l'action. Ce système de réponses corporelles est aussi en relation « rétroactive » avec le système schématique (Bechara, 2000).

Le système propositionnel reçoit des informations principalement du système de reconnaissance d'objet et du système schématique. Il sert de base à deux fonctions : d'une part, il contribue à l'organisation des réponses volontaires de l'individu pour faire face à la situation, et d'autre part, il constitue une structure indispensable à l'identification consciente du sentiment émotionnel (Philippot et al, 2002).

Cette architecture montre que les processus d'organisation centraux des émotions se situent au niveau des systèmes schématique et propositionnel, et au niveau du système de réponses corporelles.

3. Plan de la recherche

Etant donné notre objectif qui est de diminuer les rechutes et les récidives dans les troubles anxio-dépressifs, et l'hypothèse de troubles de personnalité proposée par la plupart des chercheurs, en particulier Beck et Young, cette recherche comprend trois parties.

La première est consacrée aux concepts fondamentaux des thérapies cognitives et comportementales. Elle permet d'aborder les théories dans un

contexte cognitiviste. Après avoir introduit le cognitivisme et défini la cognition, elle expose les différents modèles : le modèle de Bower et Cohen (1982), le modèle de Tryon (1997). Ces modèles sont centrés sur le concept de mémoire associative qui privilégie le lien entre cognition, émotion et comportement (chapitre I).

Dans un deuxième chapitre, nous présentons les fondements des thérapies cognitivo-émotionnelles.

Ces dernières années, l'émotion est devenue la principale préoccupation des chercheurs dans le traitement des troubles anxieux et dépressifs. Nous montrons donc les différents aspects de l'émotion, son lien avec le concept de l'affect et sa représentation dans la psychopathologie. Ce chapitre traite les principales théories des émotions : le lien entre cognition, émotion, comportement ; la problématique des schémas ; les modèles de réseau associatif ; les psychopathologies cognitives des émotions.

Après une brève explication de la psychopathologie, nous abordons l'étude des troubles anxieux et dépressifs dans leur complexité qui, selon nous est liée au phénomène de Comorbidité qui touche également les troubles de personnalité. C'est pourquoi nous faisons l'hypothèse de troubles anxio-dépressif en rapport avec les troubles de personnalité.

Dans un troisième chapitre, nous présentons les principaux modèles cognitivo-émotionnels existants avant de proposer un modèle du traitement des troubles anxio-dépressifs. Dans ce chapitre, nous décrivons les trois principaux modèles : le modèle de Bower et Cohen, le modèle de Beck et le modèle de Young.

La deuxième partie constitue la recherche quantitative qui concerne l'étude statistique et les cas cliniques. Nous analysons dans cette partie l'effet thérapeutique et l'efficacité de la méthode utilisée.

Une troisième partie est consacrée à la conclusion au terme de ce travail, les possibilités actuelles des outils thérapeutiques utilisés et les perspectives susceptibles d'être envisagées, grâce aux avancées technologiques dans le domaine de l'information et de la communication.

Chapitre I

Théories d'apprentissage et cognitivisme

1. Cognitivisme.

Le cognitivisme conçoit la cognition comme un calcul (ou manipulation des) sur des représentations internes ou mentales : un organisme, ou un système cognitif, agit dans un environnement en en formant des représentations et en les modifiant, compte tenu de ses croyances et de ses désirs (ou des buts qui lui sont assignés).

Par calcul nous entendons une suite finie d'opérations sur des symboles ou éléments discrets (ce qu'on appelle en mathématique un algorithme), la notion générale de calcul est indépendante de la machine, système (esprit humain) ou procédure mathématique abstraite exécutant ou réalisant le calcul – à une idéalisation près, celle d'une capacité infinie de mémoires. Les fonctions calculables constituent ainsi une sorte d' « espèces naturelles », insensibles à de larges variations de définition (Koutsomanis, 2005), parce que le sens que porte un symbole est une information sur le monde (pris dans son acceptation la plus large : chose, états de choses, pensées ou calculs, énonciations ...). Le système contient donc des représentations, et penser consiste pour lui à les transformer (c'est sa fonction) en d'autres représentations. Et les calculs auxquels sont soumises les représentations mentales peuvent être par exemple décrits comme ceux qu'exécute une machine de Turing, ou encore, comme on peut le dire aujourd'hui, un ordinateur numérique.

L'ordinateur n'est pas considéré ici comme un simple calculateur, mais comme un système agissant sur des représentations symboliques internes : le ruban de la machine de Turing, la mémoire de l'ordinateur n'ont pas moins d'importance que les opérations régies par la table ou par le programme, et ce que renferme le ruban, la mémoire, ce ne sont pas des nombres, mais des symboles généraux uniquement définis par leur appartenance à un jeu de symboles régi par des règles syntaxiques. Le rôle joué par l'ordinateur dans la réflexion sur les fondements des sciences cognitives est subtil. Cependant, il ne doit pas être compris ni strictement comme un modèle, ni simplement comme une métaphore.

En effet, le cerveau et l'esprit humain en diffèrent profondément, mais on ne peut ignorer sa fécondité opératoire : l'ordinateur prouve, par son principe et par son existence, la cohérence conceptuelle et la possibilité matérielle de rapports théoriques d'un genre nouveau sur lequel émergera peut-être une

science de l'esprit qui nous aidera à mieux comprendre les mécanismes d'action des thérapies Cognitivo-Comportementale.

2. Cognition

La science cognitive comme discipline est héritière de la psychologie cognitive, un domaine de la psychologie théorique qui a dominé la pensée psychologique des 30 dernières années. La psychologie cognitive est marquée par l'engagement d'un langage psychologique et de l'acceptation de la complexité de la pensée humaine et de l'action. La psychologie cognitive, devenue par la suite la science cognitive, sort d'un glissement touchant à son objet et sa théorie des 50 dernières années et même la décennie suivante.

Ces changements, non seulement, permettent à la psychologie de se libérer des limitations du behaviorisme, mais touchent également des domaines divers comme l'anthropologie, la linguistique et la neuroscience (Mandler, 1985). Ce glissement de tendance porte un regard nouveau sur l'acquisition, le stockage, la transmission d'information et la connaissance. La plupart de ces changements est mise en place ces dernières 60 années quand de nouveaux rapports entre la mémoire humaine, le langage, la pensée et la perception ont été fermement établis. La nouvelle psychologie, riche en théories est en train de bâtir des passerelles vers d'autres disciplines, une connexion latente ou absente dans les décennies précédentes. Peut-être, le plus important a été le développement de la neuropsychologie, en partie généré par le développement de la psychologie de la mémoire et de la perception des observations et des théories qui sont accessibles pour les adaptations neurophysiologiques (Shallice, 1988).

Dans les années 80 il s'est produit une réalisation croissante que les neurosciences, la psychologie cognitive, la linguistique, les développements de plus en plus pertinents de l'intelligence artificielle, ainsi que les nouvelles conceptions des interactions sociales ont mis à profit en développant des intérêts communs et se rencontrant dans la recherche et les tentatives théoriques. La coalition naissante de ces sciences cognitives conduit à la constitution actuelle de la science cognitive comme un domaine d'échange de phénomènes et de théories.

Dans le champ d'investigation, le mot cognition peut prendre diverses significations. En premier lieu, se réfère à la pensée au sens large ; deuxièmement, il se réfère à n'importe quelles opérations mentales et à toutes les opérations mentales, y compris les processus mentaux simulés ; troisièmement, il se réfère à un système de représentation qui intègre la connaissance au sens large.

Au début du développement des sciences cognitives, l'attention a porté tout simplement sur le phénomène cognitif, principalement la mémoire, la pensée et la perception. Jusqu'aux années 70, la nouvelle conception ne pénètre pas dans la théorie et la recherche dans les domaines qui ne sont pas généralement considérés comme « cognitifs ». Parmi ces domaines, on trouve l'analyse du phénomène émotionnel. Mais la plupart des traitements sont exprimés en termes d'émotion et de cognition ; même si la convergence des théories cognitives et de l'émotion n'est pas totale.

L'émotion comme objet d'étude a une longue histoire. Pourtant, au contraire des autres phénomènes mentaux, elle manifeste la pauvreté des développements théoriques significatifs. A part les idées de Descartes et ses héritiers, jusqu'à James et Freud, les émotions n'ont pas bénéficié d'attention significative ; même par la suite, six autres décennies se sont écoulées jusqu'à l'émergence des idées nouvelles. Au contraire, la perception et la mémoire sont dans une construction continue et leur reconstruction se poursuit à présent. Finalement, l'apparente nature involontaire et inévitable de l'expérience émotionnelle semble la rendre opaque au genre de tentative analytique que demande une approche constructive et représentationnelle.

I. Les modèles cognitivistes

1. Modèle de Tryon (1997) : mémoire associative bidirectionnelle

Ce modèle, fondé sur les principes de traitement parallèle distribué (PDP) de l'information, propose à partir des émotions primaires, la création d'émotions secondaires et tertiaires.

La figure 2, illustre un réseau neuronal simple à deux couches qui forme la base du mécanisme de la mémoire associative bidirectionnelle (BAM).

La colonne S des nœuds stimulus est complètement en interconnexion avec la colonne R des nœuds réponse. Les poids de connexion synaptique de ce type de réseau sont tracés comme des lignes, mais peuvent aussi être représentés comme une matrice de mémoire (M).

Dans ce modèle les stimuli et les réponses que la mémoire associative (BAM) apprend sont représentés par des vecteurs ; une série de nombres 1 et 0 définissent la présence ou l'absence d'une constellation de caractéristiques. Les éléments codés peuvent être cognitifs, affectifs ou/et comportementaux qui font du BAM un bon modèle général de la formation de mémoire. Tout détail peut être modélisé.

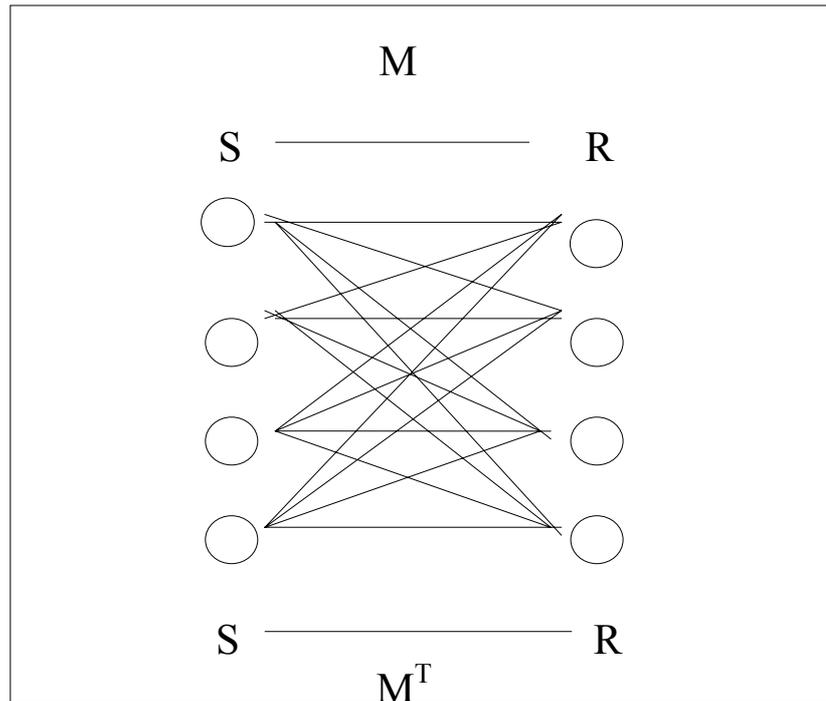


Figure 2 : Réseau de neurones à deux couches sous-tendant la mémoire associative bidirectionnelle (BAM). MT signifie transposé de matrice de mémoire.

A un très bas niveau d'abstraction, les entrées vectorielles peuvent représenter l'état des neurones sensoriels individuels et des fibres motrices. A un haut niveau d'abstraction, les entrées vectorielles peuvent représenter les résultats d'autres réseaux de neurones adaptés à la reconnaissance des caractéristiques perceptuelles (cheveux roux), les états affectifs, et/ou les dispositions comportementales (réponse versus non réponse ou fuite versus lutte).

Selon l'auteur, par analogie avec la physique, on peut calculer l'énergie de chaque mémoire. Ce calcul montre la matrice de la mémoire à deux dimensions avec une troisième dimension ; la hauteur dans ce cas permet de visualiser la formation de mémoires comme des puits (de mémoires en création) sur une surface autrement horizontale. Ceci est dû à un état d'énergie minimum qui est l'état le mieux adapté entre deux vecteurs associés. Le rappel de la mémoire se produit chaque fois que cet état d'énergie se renouvelle. Un souvenir est rappelé quand le locus de rappel de mémoire touche le fond du puits qui est le point associé à la meilleure accessibilité (voir figure 3).

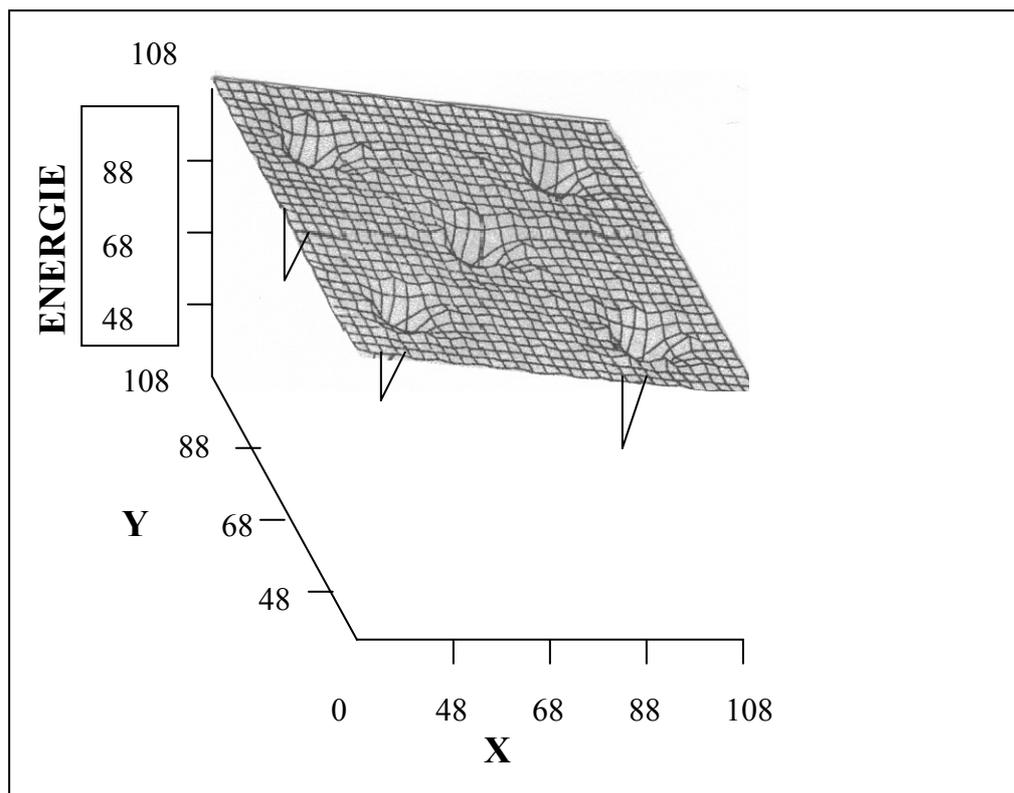


Figure 3 : Exemple de champ de mémoire contenant cinq mémoires ; une proche de chaque coin et une au centre (d'après Tryon, 1997).

2. Modèle de Bower et Cohen (1982)

2.1. Principe de base

Le modèle de Bower et Cohen repose sur des principes théoriques des années 70 qui se sont développés grâce aux avancées récentes de la technologie de l'informatique. Avant d'aborder le modèle lui-même, il nous semble nécessaire de donner un aperçu des éléments des principes dont ces auteurs se sont inspirés pour décrire leur théorie.

Depuis plus d'une vingtaine d'années, un nombre croissant de travaux est consacré aux processus cognitifs impliqués dans l'activation automatique de représentations mentales à connotation affective (DeHouwer & Hermans, 2001 ; Musch & Klauer, 2003 ; Niedenthal, Krauth-Gruber & Ric, 2003). Dans ce contexte, l'amorçage affectif a été développé par Fazio et ses collaborateurs (1986) en s'inspirant du paradigme d'amorçage sémantique classique (Neely, 1977, 1991). Ferrand (2001) en a fait une synthèse en français.

Ferrand et al décrivent en 2005 la procédure en deux phases : dans la première phase, on présente des mots sur l'écran d'un ordinateur. En appuyant

sur l'un des deux boutons réponses, les participants indiquent le plus rapidement possible si le mot présenté renvoie à quelque chose de bon (positif) ou de mauvais (négatif). Les mots pour lesquels les réponses positives ou négatives sont les plus rapides sont alors sélectionnés. Avec ces mots, les individus auraient les attitudes les plus extrêmes. Les mots pour lesquels les réponses positives ou négatives sont les plus lentes sont également conservés. Ils constituent les mots renvoyant à des attitudes modérées.

Dans la seconde phase, chacun de ces mots sont présentés aux participants, suivi d'un adjectif 300 millisecondes après. Tout en ignorant les amorces, les participants doivent indiquer si l'adjectif évoque quelque chose de positif ou négatif (tâche d'évaluation).

Les résultats de cette expérience révèlent l'existence d'un effet de congruence affective : les temps de réaction sont significativement plus courts lorsque l'amorce et la cible sont congruentes (soit toutes les deux positives : cadeau et délicieux ; soit toutes les deux négatives : mort et effroyable) par rapport au cas où l'amorce et la cible sont non congruentes (l'amorce est positive et la cible négative : cadeau et effroyable ; l'amorce négative et la cible positive : mort et délicieux).

Une étude réalisée par Hermans, Smeesters, DeHouwer & Eelen (2002) a également mis en évidence un amorçage affectif en neutralisant ou en contrôlant de façon rigoureuse la relation associative potentielle existant entre les amorces et les cibles. Les résultats de ces chercheurs ont été testés dans trois expériences différentes. Tous les résultats concordent pour montrer d'une part, un effet d'amorçage affectif, et d'autre part un effet d'amorçage associatif.

Dans une autre étude, Spruyt, Hermans, DeHouwer & Eelen (2004) montrent un effet d'amorçage affectif sans relation associative existante entre les amorces et les cibles.

2.2. L'influence des émotions sur la mémoire et la pensée : données et théorie.

Bower et Cohen (1982) ont étudié l'influence des émotions sur la mémoire humaine, la perception, le jugement et la pensée. Ils ont observé l'efficacité des effets des sentiments des gens sur le processus cognitif. Le premier groupe de résultats montre comment les sentiments d'une personne servent de filtre sélectif. Ce filtre devient à son tour le matériel qui renforce ou justifie ces sentiments ; le filtre laisse passer le matériel congruent à l'humeur du perceuteur, mais reste imperméable au matériel non congruent. Selon ces auteurs, les sentiments rendent les stimuli congruents pour être plus saillants, éveiller plus d'intérêt, engendrer un traitement plus profond et un apprentissage

plus important du matériel congruent. Ce filtrage détermine en premier lieu ce qui est stocké en mémoire. Deuxièmement, il affecte les enregistrements qui peuvent être récupérés dans la mémoire. En effet, les événements appris originellement dans un état d'humeur particulière sont mieux récupérés en réintégrant ou en se trouvant dans le même état d'humeur. C'est une « récupération état humeur dépendante ».

Troisièmement, Bower et Cohen ont observé l'influence des émotions sur la pensée et le jugement et écrivent que les perceptions sociales des gens et leurs fantaisies imaginaires sont subjectives ; ils sont facilement influencés par leurs sentiments du moment. Ces influences se produisent quand ils évaluent leurs amis, eux-mêmes, leurs attributs et leur futur.

Pour expliquer ces résultats empiriques, Bower et Cohen proposent une théorie qui suppose que les mémoires des événements sont enregistrées dans un réseau sémantique et que les différentes émotions peuvent être représentées par des unités différentes ou nœuds dans ce réseau. Lorsque le réseau est actif, une émotion est associée aux événements correspondants. Les mémoires, les concepts, et les catégories perceptuelles sont récupérés par la diffusion de l'activation aussi bien de l'unité émotion en cause que des unités correspondantes aux répliques de la récupération présentées explicitement.

Bower et Cohen soulignent à juste titre que cette théorie de réseau suffit pour rendre compte d'une façon générale de leurs résultats, mais qu'elle est incomplète parce qu'elle n'aborde pas la question des réactions émotionnelles provoquées par les événements. Ils introduisent, toutefois, la structure « tableau noir » pour représenter la manière dont une personne associe plusieurs sources de connaissances dans l'interprétation émotionnelle d'une situation. Ils pensent que cela permet le traitement de certains problèmes théoriques tels que l'évaluation des expériences émotionnelles précoces et l'emploi des limites émotionnelles (Chaud versus froid).

2.2.1. Base expérimentale

Bower et Cohen utilisent une méthodologie basée sur l'induction des états émotionnels (joie, tristesse ou colère) chez des étudiants volontaires par suggestions hypnotiques. Après l'hypnose, ils suggèrent aux sujets de se placer dans un état émotionnel spécifié en se remémorant une scène de leur vie et en revivant cette expérience émotionnelle en imagination. Les scènes de joie sont typiquement les moments de succès ou d'intimité personnelle ; les scènes tristes sont habituellement les moments d'échec, de perte ou de rejet. Après avoir ressenti l'humeur spécifiée à un niveau modéré, on demande aux sujets de maintenir ce niveau pendant l'exécution des tâches expérimentales. Ces tâches

demandent 5 à 10 minutes pendant lesquelles on rappelle aux sujets de se reposer et de maintenir leur humeur. Selon les auteurs, les humeurs obtenues par l'hypnose semblent tout à fait authentiques et produisent des résultats compatibles aux effets d'humeur obtenue par des moyens naturels. C'est avec cette base qu'ils ont décrit leurs résultats.

2.2.2. Filtrage sélectif et apprentissage

L'hypothèse fondamentale est que les sentiments des gens suscitent les stimuli de l'environnement pour les rendre plus saillants, déterminants, pour provoquer un traitement plus profond et une meilleure mémoire. Dans cette optique, Bower et Cohen ont réalisé une expérience d'apprentissage sélectif dans laquelle des sujets étaient joyeux ou tristes au moment de la lecture d'un récit. Il s'agit de l'histoire de deux copains, André et Jacques, faisant une partie amicale de tennis. André est joyeux. Tout va bien pour lui, alors que Jacques est triste, rien ne marche pour lui. Les événements de vie des deux hommes et leurs réactions émotionnelles sont merveilleusement décrits dans l'histoire. C'est un récit équilibré à trois personnes, le lecteur et les deux personnages. Après la lecture, on demande au sujet de donner son impression générale et le nom de la personne à laquelle il s'est identifié. Les lecteurs se sont plus identifiés à la personne dont le caractère correspond à leur état d'humeur comme si l'histoire les concernait. Ils ont dit que l'histoire contenait beaucoup de choses à leur sujet. Le lendemain, les sujets sont invités à rappeler le texte dans une humeur neutre.

Ils ont rappelé plus de faits en rapport avec le caractère au quel ils se sont identifiés. 80% des faits rappelés par les lecteurs tristes sont en rapport avec le caractère triste ; 55% des faits rappelés par les lecteurs joyeux sont en rapport avec le caractère joyeux. Ainsi, la sélection est conforme à l'humeur reflétée par l'énoncé du texte. Elle diffère de « la mémoire état dépendant », parce que les sujets sont dans un état d'humeur neutre pendant le rappel.

Dans une autre expérience (Bower, Gilligan et Monteiro, 1981), les sujets ont lu des interviews psychiatriques simulées pendant plusieurs séances de régression induite par hypnose. Le patient, dans le récit, décrit brièvement une série d'événements joyeux sans rapport entre eux et d'événements tristes de sa vie. Les sujets parviennent à se sentir joyeux ou tristes en lisant ces interviews par suggestion post hypnotique. Plus tard, ils rappellent le récit.

Là encore, les gens apprennent plus de faits des événements conformes à leur humeur. Les lecteurs joyeux rappellent autant de faits des événements joyeux que des événements tristes, 50% de chaque catégorie, alors que les lecteurs tristes rappellent 60% de faits des événements tristes et 20% de faits des

événements joyeux. Ainsi, l'effet de conformité à l'humeur se produit pour les événements joyeux versus les événements tristes liés par un seul caractère. Bower et Cohen donnent brièvement trois explications complémentaires de l'apprentissage conforme à l'humeur. En fait, ils formulent trois hypothèses.

La première hypothèse est que les sujets élaborent plus sémantiquement le matériel conforme à l'humeur ; la seconde est que les événements narratifs conformes à l'humeur rendent plus probables la remémoration des contenus d'un événement autobiographique ; la troisième est que le matériel conforme à l'humeur provoque une réaction émotionnelle plus intense que le matériel non conforme. N'importe quel de ces effets directs ou même tous les effets pourraient susciter une mémoire plus grande pour les événements conformes à l'humeur.

2.2.3. Récupération sélective

En plus du stockage sélectif, l'émotion influence aussi ce que la mémoire enregistre. Cet enregistrement est facilement accessible dans la mémoire. Bower et Cohen abordent ici la question de la mémoire « état dépendante » de l'émotion : les gens peuvent mieux retrouver une mémoire en réintégrant l'expérience émotionnelle vécue au moment du stockage. En conséquence, les sujets heureux rappellent mieux certaines expériences stockées lorsqu'ils sont joyeux. L'effet n'est pas du tout ou rien, mais il rappelle plus ou moins d'autres changements de contexte comme la modification de l'environnement d'une personne entre l'apprentissage et le rappel.

L'état de dépendance peut être illustré par une des premières expériences de Bower avec Monteiro et Gilligan (1978). On apprend aux sujets par rappel libre deux listes de 16 mots. Une liste est apprise lorsqu'ils sont joyeux et l'autre lorsqu'ils sont tristes. Plus tard, ils rappellent les deux listes dans un état d'humeur ou dans l'autre. (La deuxième entrée dans une humeur était toujours accomplie en remémorant une expérience joyeuse ou triste différente de celle utilisée originellement.)

Les sujets testés tristes rappellent plus de mots de la liste apprise lorsqu'ils étaient tristes. Ceux qui sont testés joyeux rappellent plus de mots de la liste apprise lorsqu'ils étaient joyeux. Ce qui est le cas des sujets contrôles qui apprennent et rappellent les deux listes dans une seule humeur. Par rapport à ceux-ci, les sujets qui apprennent et rappellent la liste dans des états d'humeurs différentes présentent une interférence et une facilitation quand l'apprentissage et le rappel se font dans la même humeur. Ces résultats s'expliquent en résumant que l'humeur des sujets est associée à l'apprentissage des items, que ces associations facilitent le rappel quand le test de l'humeur correspond à l'humeur dans laquelle les cibles sont apprises, mais elles interfèrent avec le rappel

(récupérant des items en compétition) quand le test et l'entrée des humeurs ne correspondent pas.

Cette dépendance à l'humeur dans le rappel libre a été répliquée plusieurs fois dans la recherche de Bower et ses collègues. Ils ont trouvé l'état de dépendance dans le rappel des événements émotionnels enregistrés par les gens dans des agendas personnels. De même, l'humeur exerce une influence sélective sur le rappel des expériences d'enfance agréables versus désagréables.

On peut mettre en évidence l'état de dépendance à l'humeur sans utiliser l'hypnose (Bartlett, Burlinson et Santrock, 1982). Ces auteurs ont réalisé un apprentissage état dépendant avec des humeurs joyeuses versus tristes chez des enfants du primaire et des jardins d'enfants. Pour induire les humeurs, les expérimentateurs ont demandé simplement à l'enfant d'imaginer (et raconter) pendant quelques minutes soit une expérience joyeuse ou triste vécue. Une vérification de l'humeur a montré que celle-ci est tout à fait effective.

Les sujets apprennent deux listes dans des humeurs différentes et sont testés dans une des humeurs (utilisant une expérience différente évoquée), comme dans l'expérience précédente.

Bartlett et ses collègues ont trouvé qu'en situations joyeuses, les enfants rappellent plus d'items appris dans la joie (60%) que d'items appris lorsqu'ils sont tristes (49%). Inversement, les enfants tristes représentent le pattern contraire de rappel des deux listes (la liste triste 58%, la liste joyeuse 43%). Les deux groupes d'enfants (du jardin d'enfants et du primaire) ne diffèrent pas dans l'appréciation globale de l'état dépendance présenté.

Un autre exemple de la mémoire état dépendante de l'humeur est donné par Henry, Weingartner et Murphy (1973). Des patients en psychiatrie souffrant de variation saisonnière de dépression bipolaire sont observés pendant plusieurs mois.

Au cours de plusieurs séances durant cette période, on demande aux patients de produire 20 associations libres à chacun des mots stimuli nouveaux ; quatre jours plus tard, les patients sont invités à reproduire les mêmes quarante mots qu'ils ont produit auparavant. De plus, les cliniciens évaluent le changement au cours des quatre jours dans l'état affectif du patient, en utilisant plusieurs dimensions de l'humeur tel que le degré d'activation euphorie dépression.

Henry et ses collègues ont montré que le changement est plus important dans les états affectifs des patients de la manie à la dépression ou vice versa, en plus ils oublient la cible des associations générées quatre jours plus tôt.

Ces exemples multiples suggèrent que la récupération humeur dépendante est un phénomène réel quel que soit le mode de création des variations saisonnières de l'humeur (créées expérimentalement ou par des facteurs endogènes) dans une population clinique.

2.2.4. La théorie du réseau sémantique

Pour expliquer les effets états dépendants de l'humeur, Bower (1981) propose une théorie de l'émotion à travers un modèle de réseau sémantique de mémoire semblable aux réseaux décrits en psychologie cognitive (Anderson, 1978). Bower et Cohen (1982) retiennent de cette description une certaine base, à savoir, la mémoire humaine peut être modélisée sous forme de réseau associatif de concepts sémantiques et de schémas qui sont utilisés pour décrire les événements.

Un événement est représenté en mémoire par un faisceau de propositions descriptives. Celles-ci sont enregistrées dans la mémoire par l'établissement de connexions associatives nouvelles parmi les exemplaires des concepts utilisés dans la description des événements.

L'unité de base de la pensée est la proposition ; le processus de base de la pensée est l'activation d'une proposition et ses concepts. Le contenu de la conscience est composé d'impressions, de concepts et de propositions dont le niveau d'activation dépasse un certain seuil. L'activation se propage vraisemblablement d'un concept à l'autre, ou d'une proposition à l'autre par liaisons associatives entre eux.

Une analogie pertinente peut être faite avec le réseau électrique dans laquelle les bornes correspondent aux concepts ou nœuds d'événements (unités), les fils de connexion correspondent aux relations associatives avec plus ou moins de résistances, et l'énergie électrique correspond à l'activation qui est transmise à un nœud ou plus dans le réseau. L'activation du nœud peut être accomplie soit par présentation d'un pattern stimulus correspondant, soit par activation préalable d'une pensée associée.

Pour illustrer un événement simple tel que « Marie m'a embrassé à un instant et en un lieu précis » serait enregistré en mémoire comme le montre la figure 2 sous forme de liaisons nouvelles étiquetées entre ma représentation de Marie, de moi-même, et le fait d'embrasser. Les liens sont étiquetés S pour le

sujet, P pour le prédicat de la proposition. L'apprentissage consiste à l'établissement de ces associations et l'augmentation de leur force.

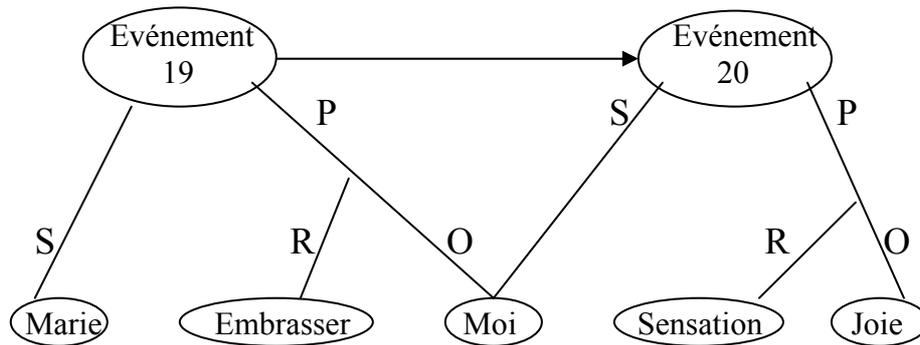


Figure 4 : Un codage de réseau sémantique d'une proposition (« marie m'a embrassé ») et l'émotion qu'elle provoque. Les ovales du plan inférieur ou nœuds, représentent les concepts préexistants, et les lignes représentent les associations nouvelles, S=sujet ; P=prédicat ; R=relation et O=objet (Bower, 1981).

Plus tard, quand on a demandé, « qu'a fait Marie » ? L'activation de la représentation de Marie transmettra l'activation au nœud événement 19 et delà à ses branches, produisant le modèle pour rétablir les autres liens et ainsi rappeler que « Marie m'a embrassé ».

La figure 4 montre aussi un lien causal de l'événement à une réaction émotionnelle, à savoir, l'émotion de joie. L'interprétation émotionnelle d'un événement qui crée de tels liens est elle-même largement façonnée par des règles culturelles ou personnelles d'une subtilité complexe. Le réseau code le fait que l'événement 19 provoque l'événement 20, et ce dernier implique un nœud primaire pour l'émotion de joie.

L'approche du réseau sémantique suppose que chaque émotion distincte telle que la joie, la dépression, ou la peur, a un nœud spécifique ou une unité en mémoire qui réunit ensemble beaucoup d'autres aspects de l'émotion qui sont connectés à elle par des flèches associatives. Clark et Isen (1982) ont proposé une conception similaire.

La figure 5 montre le schéma d'un petit fragment de nombreuses connexions à un nœud émotion – disons, la tristesse pour l'émotion 3.

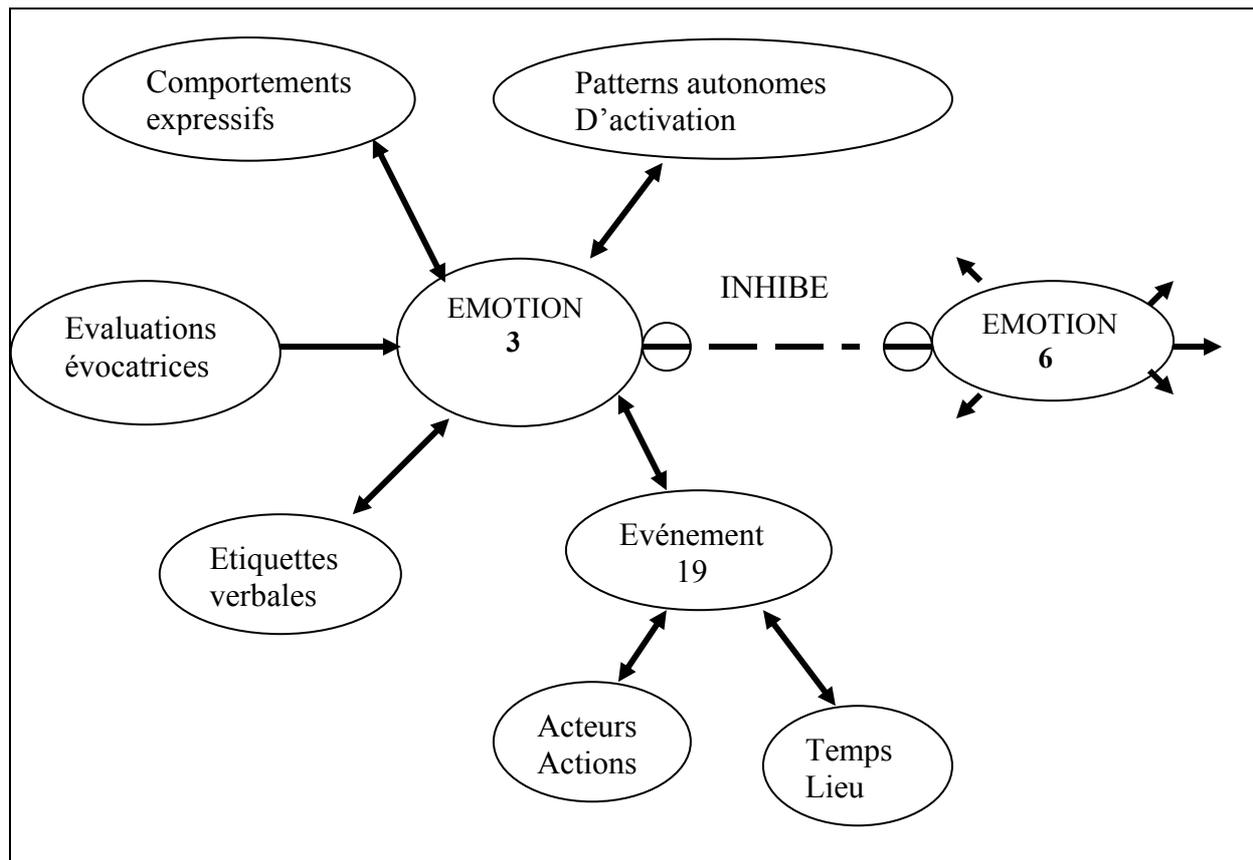


Figure 5: Petit fragment des connexions entourant un nœud émotion spécifique ou unité. Les flèches bidirectionnelles indiquent l'interaction mutuelle de l'activation entre les nœuds. Une voie inhibitrice de l'émotion 3 à l'émotion 6 est aussi représentée (Bower, 1981).

Sont réunis autour de ce nœud émotion ses réactions autonomes associées, son rôle standard et ses comportements expressifs (c'est-à-dire, la manière dont nous manifestons de la tristesse), et la description des situations standard évocatrices qui, lorsqu'elles sont évaluées conduisent à la tristesse. Sont aussi inclus les marqueurs verbaux communément attribués à cette émotion tels que la tristesse, la dépression, et le cafard.

Certains de ces divers liens sont innés, tandis que d'autres sont acquis et élaborés par acculturation. De plus, chaque unité émotion est aussi liée aux propositions décrivant des événements de vie durant lesquels elle est éveillée. Ceci est illustré par le fait que « Marie embrassant » provoque la joie. L'émotion éveillée à ce moment est associée à la contiguïté et l'appartenance causale à l'événement l'ayant provoquée. Comme deuxième exemple, on peut citer le chagrin survenu lors des funérailles d'un ami serait associé à un nœud contenant une description des choses remarquées aux funérailles.

Ces nœuds émotions peuvent être activés par beaucoup de stimuli – par des moyens physiologiques ou des moyens symboliques verbaux. Quand ils sont activés au-dessus d'un seuil, l'unité émotion transmet l'excitation à ces nœuds

qui produisent le pattern d'éveil autonome et le comportement expressif communément attribué à cette émotion. Chaque émotion peut inhiber et réciproquement une émotion de qualité opposée, comme la peur inhibe la joie et l'éveil sexuel. Si deux nœuds émotions sont activés à la fois et s'ils ne s'inhibent pas mutuellement, alors l'impression subjective et le pattern de comportement expressif peuvent être un mélange de deux patterns purs. Par exemple, la tristesse combinée avec la surprise peut aboutir au désappointement (Plutchik 1980 a, b).

L'activation d'un nœud émotion diffuse aussi l'activation à travers les structures de mémoire auxquelles il est connecté, créant un sous seuil d'excitation à ces nœuds événement. Ainsi, une faible réplique qui décrit partiellement un événement tels que « les jours d'école maternelle » peut se combiner avec l'activation d'une unité émotion pour augmenter l'activation totale d'une mémoire pertinente au-dessus du seuil de conscience. La personne qui prend conscience de la sorte se rappellera de certains événements de ces jours d'école maternelle. Ce rappel constitue la réactivation d'une mémoire triste et envoie un feedback d'excitation au nœud de tristesse qui maintiendra l'activation de cette émotion et influencera ainsi les mémoires ultérieures.

2.2.5. La théorie du réseau de la récupération état dépendante

Selon Bower et Cohen, la perspective d'un réseau du comportement émotionnel offre des implications multiples. L'intérêt immédiat est qu'il explique la récupération état dépendante de l'humeur. Les connexions associatives pertinentes pour ce processus sont isolées et amplifiées dans la figure 4, qui illustre une partie du réseau associatif codant l'apprentissage de matériels utilisés dans l'expérience suivante :

Le sujet apprend des phrases brèves adjectif-nom tels que « chien agonisant », « argent perdu » et « jours heureux » dans le contexte d'apprentissage de la liste 1 pendant l'expérience de l'émotion 1 (voir Gilligan et Bower, 1981). Selon Bower et Cohen (1982), Durant l'apprentissage les phrases sont associées à l'unité décrivant le contexte 1 et l'unité émotion qui activent à ce moment.

Plus tard, quand on demande de rappeler les événements qui se produisent dans le contexte 1, le sujet active le nœud du contexte 1 en mémoire, et l'activation se propage à l'intérieur du nœud comme si le sujet cherchait les items pertinents. Mais le contexte 1 est une réplique faible, surchargée parce qu'il est associé à beaucoup de choses, si bien qu'aucune connexion n'est soumise à une forte interférence. En supposant cependant que durant le rappel, le sujet revienne au même état émotionnel distinctif éprouvé pendant

l'apprentissage ; alors, l'activation de ce nœud émotion 1 se propagera aussi le long de ses liens associatifs vers les items cibles où elle s'ajoutera à la diffusion de l'activation de la réplique du contexte 1 aux items. La sommation de l'activation à l'intersection des nœuds suscite les événements cibles à devenir plus accessibles au rappel quand le test se produit dans la même humeur que l'apprentissage. Au contraire, si l'humeur est altérée entre l'apprentissage et le rappel, disons pour l'émotion 2, le rappel souffre parce que les bénéfiques de l'intersection des deux répliques recherchées sont absents ; d'ailleurs, la recherche du nœud émotion différent fera converger les associations interférentes qui feront concurrence au rappel des items corrects.

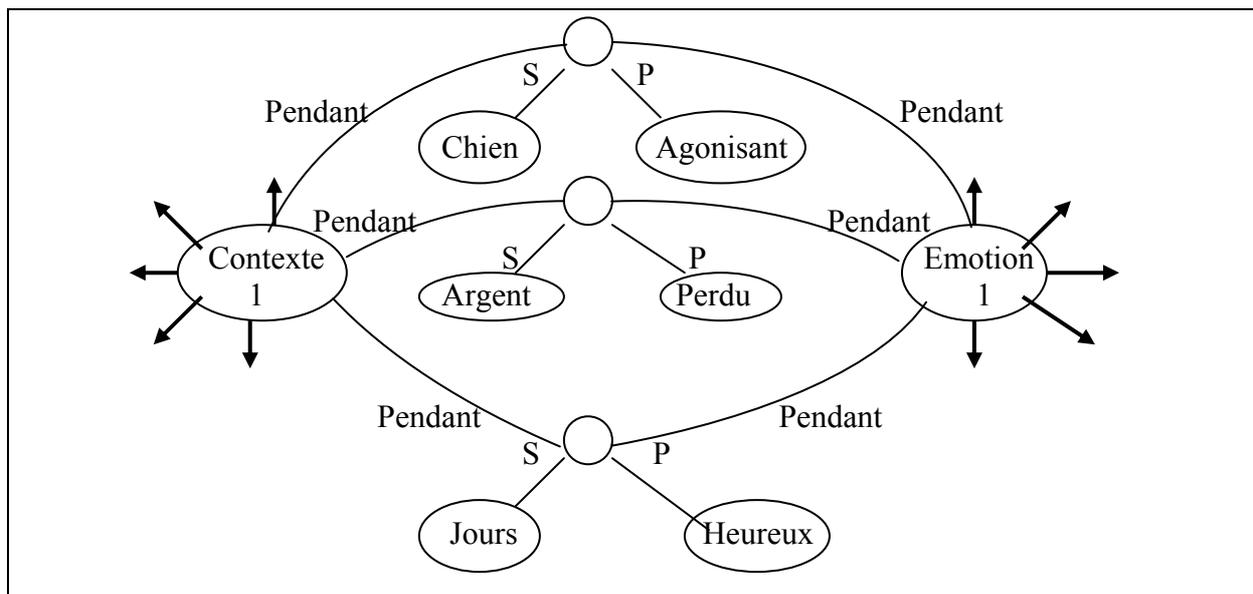


Figure 6 : Les connexions cruciales pour l'explication de la récupération état humeur dépendant. Le sujet a étudié beaucoup de phrases adjectif-nom (chien agonisant, argent perdu, jours heureux, etc.) dans le contexte 1 pendant le sentiment Emotion 1. Les associations indiquées (et beaucoup d'autres) sont faiblement formées (Bower, 1981).

Cette théorie fonctionne plus ou moins de la même façon aussi bien pour le rappel des items expérimentaux que pour les épisodes de vie réelle d'un passé récent ou d'une enfance. La spécificité du matériel pour être rappelé est partiellement contenue dans le nœud contexte 1 comme par exemple, une liste A apprise aujourd'hui ou des événements de la semaine dernière ou des incidents de l'enfance.

La théorie du réseau explique aussi l'aptitude significative de l'apprentissage état dépendant. Cette aptitude est que l'effet état dépendant se produit au mieux avec le rappel libre, quand des répliques minimales sont données pour la récupération des cibles, mais l'effet est fortement réduit quand la mémoire est testée avec des répliques plus adéquates tel que produire un rappel fortement opposé ou des tests de reconnaissance. Si le rappel est suggéré

avec un prédicat d'une phrase, tel que « agonisant » pour le rappel de « chien agonisant », le taux de rappel serait beaucoup plus élevé que le rappel libre, et l'effet état dépendant serait réduit.

Bower et Cohen ont obtenu ce résultat, ainsi que Eich et ses associés (Weingartner, Stillman et Gillin, 1975 ; Eich, 1980) dans plusieurs études avec des produits pharmaceutiques.

La figure 6 montre qu'un tel résultat est prévisible : une réplique forte comme le prédicat d'une phrase, par exemple, « agonisant » récupérera relativement directement l'événement stocké, parce que cette réplique est près du nom cible (chien) et que la voie n'a pas d'associations concurrentes. Avec une telle réplique, le processus de la mémoire de recherche à partir de la réplique du contexte 1 faible, qui autrement aurait à se produire dans le rappel libre devient non nécessaire, et c'est cette recherche que ces auteurs facilitent en intégrant l'humeur émotionnelle d'apprentissage. Ainsi, l'indice de recherche fourni par l'intégration de l'humeur n'est pas nécessaire quand les répliques de récupération adéquates sont fournies pour les cibles de la mémoire, si l'appariement d'humeurs entre l'entrée et la sortie produit un effet relativement petit.

2.2.6. Extension de la théorie du réseau de l'affect

Selon Bower et Cohen, la parcimonie soutient l'idée que les réactions émotionnelles seraient stockées avec les caractéristiques non émotionnelles par l'intermédiaire de la même mémoire, suivant les mêmes principes de stockage, et récupérées par les mêmes principes. De la même manière, le mécanisme de diffusion de l'activation est familier : Une émotion éveillée propage l'activation, l'amorçage dans la lecture liée aux concepts, mots, thèmes, et les règles d'inférence. Ceci permet au modèle de réagir différemment pour la même situation dépendante de son état émotionnel courant.

Ultérieurement, l'idée qu'une émotion serait associée à des événements correspondants, et peut, plus tard, agir comme une réplique de récupération suffit pour expliquer la mémoire état dépendante de l'humeur. Puisque la théorie du réseau s'intéresse aux conséquences cognitives d'une émotion après l'éveil de celle-ci, son imperfection majeure est qu'elle n'aborde pas au préalable comment les émotions sont éveillées.

La figure 5, par exemple, représente les « évaluations évoquées » qui alimentent l'excitation dans le nœud émotion, mais cette partie du système n'est pas analysée. C'est parce que dans le travail précédent de Bower et ses associés (1981), ils se sont intéressés aux conséquences cognitives des états émotionnels

et non aux causes. Néanmoins, pour aborder les aspects des « patterns de reconnaissance de l'éveil émotionnel, ils proposent la structure de contrôle « tableau noir ». Bower et Cohen expliquent qu'une théorie sur les conséquences cognitives de l'émotion nécessite l'étude des évaluations émotionnelles pour plusieurs raisons.

La première est qu'une conséquence majeure de l'émotion est de changer la manière dont les gens apprécient ou évaluent les situations parce que l'humeur affecte le jugement social. Pour expliquer de tels résultats, Bower et Cohen modélisent le processus d'évaluation.

Une deuxième raison est de permettre au modèle d'accéder convenablement à son attitude émotionnelle vers les gens, les objets, et les questions. Pour l'illustrer, les auteurs donnent l'exemple d'une dispute où un tyran, Sam tabasse un garçon plus petit, Johnny.

Le modèle enregistrera une description de cet événement dans la mémoire liée à l'émotion ressentie à ce moment, sans doute de la colère. Plus tard, on demande au modèle comment il se sent à propos de Johnny. Le système peut-il calculer comment il se sent au sujet d'une personne ou une entité en faisant une simple moyenne des évaluations liées aux épisodes dans lesquels cette entité se produit ?

Dans ce cas, cette stratégie de succession d'affect donne la mauvaise réponse parce que le modèle ne sentirait pas Johnny en colère. Le modèle nécessite au préalable un système d'évaluation plus discriminant. Ce qui contribuera à louer ou à blâmer de façon appropriée les participants dans un épisode émotionnel. Ainsi, un modèle approprié enregistrerait la colère avec le tyran (Sam), la sympathie avec la victime (Johnny), et peut-être l'angoisse à l'épisode de Sam entrain de frapper Johnny. Mais cette attribution de responsabilité utilise les capacités au-delà de la théorie du réseau. L'approche de l'évaluation par un tableau noir peut tenir compte de tels exemples.

Une troisième raison pour l'élaboration de la structure de contrôle qui utilise la base de données du réseau est de distinguer les utilisations des concepts d'émotion « chaude » versus « froide ». Le modèle nécessite également un pattern de reconnaissance pour décider quel nœud activer dans les différentes circonstances.

Quatrièmement, une structure de contrôle et un système d'évaluation est nécessaire pour tenir compte du phénomène de répétition « chaude » versus « froide » d'une mémoire émotionnelle, et la réinterprétation ou la réévaluation des mémoires plus antérieures. C'est le cas de la répétition des mémoires en

imagination. Comment un modèle de l'esprit peut-il expliquer la différence dans ces cas ? Bower et Cohen émettent une hypothèse selon laquelle les sentiments surgissent comme on défait, développe, et recrée nos pensées par rapport à l'expérience d'origine plutôt que d'esquisser un résumé abstrait de l'épisode. Ils supposent que pour revivre l'émotion d'un événement, le système doit recréer aussi proche que possible de la mémoire l'état du tableau noir à ce moment, puis évaluer cette situation tableau noir encore comme si elle était nouvelle, et ensuite exciter les nœuds émotion appropriés. Mais pour cela, un mécanisme d'évaluation est nécessaire.

L'idée clé est que les raisons d'une évaluation émotionnelle initiale d'un événement sont enregistrées en mémoire avec l'événement et son évaluation. Cette structure de donnée permet au modèle de refaire l'expérience de l'événement par répétition d'une des réactions émotionnelles d'origine, ou répéter l'événement et le réinterpréter en utilisant les règles d'évaluation modifiées, peut-être même incorporant des faits nouveaux dans la seconde évaluation. Cette nouvelle évaluation peut ensuite être reliée comme une actualisation de la structure de l'événement antérieur en mémoire. Ce processus permet ensuite au modèle de dire des choses du genre : « J'utilise la flatterie comme Bill. Mais j'ai appris ensuite qu'il était manipulateur peu sincère, maintenant j'ai honte d'être dupé ».

2.2.7. La structure de contrôle par le tableau noir

Bower et Cohen pensent qu'un modèle basé sur la manière dont les gens parviennent à évaluer les émotions doit être complexe parce que cela demande l'intégration de plusieurs sources de connaissances. En conséquence tout modèle exigera une structure de contrôle pour faciliter la coordination de beaucoup de sources de connaissance.

Dans la recherche de Bower et Cohen, cette coordination est assurée par HEARSAY II ou CRYALIS. Le modèle de tableau noir développe les interprétations d'une situation de façon différentielle ; le gain d'interprétation s'appuie sur plusieurs sources de connaissance. Les interprétations partielles produites par les sources de connaissance sont appelées éléments d'hypothèse.

En général, l'entrée vers une source de connaissance est la sortie d'une autre source de connaissance. Par exemple, une situation aurait besoin d'être identifiée par un expert avant que sa signification émotionnelle puisse être évaluée par d'autres experts. Bower et Cohen ont pris connaissance de ACT d'Anderson (1976), leur étude peut bénéficier des avancées actuelles dans la modélisation informatique. Leur mérite est d'aborder le phénomène d'évaluation émotionnelle avec plusieurs sources de connaissance.

2.2.8. Les sources de connaissance émotionnelle

Bower et Cohen pensent que les gens interprètent cognitivement une situation et ensuite ils évaluent cette interprétation cognitive qui les amène au type et au niveau de la réaction émotionnelle qu'ils adopteront. Ainsi, tout modèle doit commencer avec le pattern de reconnaissance cognitive de la connaissance qui lui permet de reconnaître les objets, les gens, les événements, etc. Cette interprétation cognitive (C-I) de la connaissance est appliquée au matériel sur le tableau noir pour arriver aux représentations symboliques internes de l'environnement externe.

Bower et Cohen modélisent la C-I de la connaissance sous forme de système d'enclenchement des groupes de production comme dans le HEARSAY-II. L'interprétation cognitive est montrée comme les phases antérieures dans la figure 5. L'interprétation cognitive elle-même est un processus à étages multiples passant de la caractéristique sensorielle d'origine à la signification conceptuelle de l'interprétation. L'interprétation cognitive peut varier dans son niveau de raffinement et de détail quand le degré de traitement augmente, et la réponse émotionnelle peut être déclenchée à n'importe quel niveau ou étage dans le traitement. La seconde forme de connaissance contribue à l'évaluation émotionnelle de l'interprétation cognitive ; Bower et Cohen l'appelle « interprétation émotionnelle » ou connaissance E-I. Ils la modélisent aussi sous forme de productions appelées règles E-I parce qu'elle constitue le composant central du modèle.

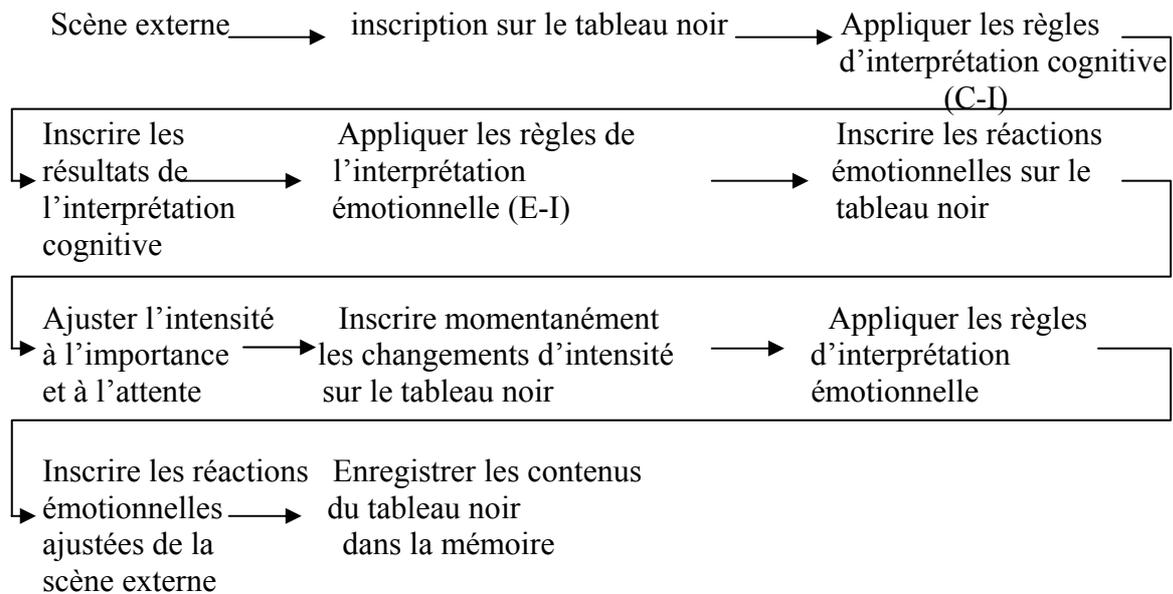


Figure 7 : Changement de l'état du résultat tableau noir des hypothèses des sources de connaissance inscrites pendant l'évaluation d'une situation émotionnelle (Bower et Cohen, 1982).

Troisièmement, la figure 7 montre que l'intensité de la réaction émotionnelle inscrite sur le tableau noir est ajustée selon l'importance propre de l'événement. L'attribution d'importance exige la connaissance des buts de la personne et des valeurs de base ; alors, un ordre partiel d'importance de sous but peut être construit. Comme facteur supplémentaire, l'intensité d'une réaction émotionnelle peut être ajustée par l'incertitude de l'événement. Les événements inattendus génèrent habituellement des expériences émotionnelles plus fortes que ceux qui sont prévisibles.

Quatrièmement, la figure 7 indique que la réaction émotionnelle est modulée par ses interactions avec d'autres émotions qui sont soit continues, soit provoquées par l'événement en question. Ainsi, un événement triste ou effrayant diminuera la joie de quelqu'un, la colère peut intensifier la dépression de quelqu'un, etc. Ces interactions sont formalisées par des règles qui ajustent une émotion continue compte tenu d'un changement émotionnel temporaire créé par un événement entrant (in coming).

Dans ces conditions, aussi bien les règles que les connexions inhibitrices ou excitatrices entre les nœuds émotions pourraient avoir été implémentées, comme un système d'inhibition latérale. Le choix de quelqu'un sur cette question d'implémentation a des implications certaines. Par exemple, les règles explicites au sujet des interactions émotionnelles fournissent à la connaissance déclarative à laquelle le modèle peut se référer et raisonner sur (c'est-à-dire manipuler les réactions émotionnelles d'autrui). Inversement, un lien inhibiteur entre deux nœuds émotion est comme une connaissance procédurale implicite qui « fait son job », mais qui ne peut pas être raisonné ou altéré. Les auteurs préfèrent la formulation de règle parce que le modèle exige de la flexibilité pour les interprétations du changement dû à l'expérience.

2.2.9. Les règles d'interprétation émotionnelle

Selon Bower et Cohen, la partie la plus importante du système d'évaluation est la connaissance de l'interprétation de l'émotion qu'ils formalisée sous forme de nombreuses règles E-I ou productions. Celles-ci spécifient pour une interprétation cognitive donnée, une évaluation émotionnelle appropriée. Chaque règle a un côté gauche (LHS pour left-hand side) qui représente une interprétation cognitive, et un côté droit (RHS pour right-hand side) qui spécifie une altération d'une ou plus d'émotions. De telles règles E-I peuvent avoir des conditions subtiles et des résultats. Puisque les règles E-I hautement spécifiques décrivent des événements particuliers (tel que un tyran frappant une victime) dans leur LHS, les auteurs pensent que comme certaines règles E-I sont généralisées, leur LHS viennent spécifier les buts et les motivations. Ils pensent qu'il existe une catégorie d'événements, appelés

« événements buts », qui comprend les buts d'achèvement, de blocage ou de frustration, d'abandon, de séparation, de conflit, etc. Ces événements buts sont présents dans le LHS des règles générales, et l'émotion en résulte quand ils sont exprimés sous forme d'instanciation.

Bower et Cohen croient que l'individu maintient un grand nombre de buts fondamentaux, tel que développer son bien-être, mais aussi des buts plus spécifiques qui sont activés lorsqu'il travaille sur un problème spécifique.

Les E-I peuvent être organisées hiérarchiquement selon le caractère général de leurs conditions déclenchantes, et leurs LHS. Elles peuvent aussi être organisées par la sophistication de l'interprétation cognitive exigée pour équilibrer leurs LHS. Par exemple, un bruit fort inattendu provoque un stimulus immédiat pour lequel même les nourrissons ont une production émotionnelle. Par ailleurs, des remarques sociales (ambiguës) demandent un traitement subtil pour déterminer si on a été complimenté ou insulté.

Les LHS de règles E-I sont des descriptions partielles d'un certain état du monde, si bien que l'interprétation cognitive a besoin de produire cette information. La connaissance impliquée dans l'interprétation cognitive dresse la carte des stimuli externes pour une représentation interne du monde ; Les règles E-I dressent la carte de ces représentations internes pour les réactions émotionnelles. La connaissance utilisée dans l'interprétation cognitive nous dit ce qui arrive sur et dans le monde ; les règles E-I nous disent comment nous le ressentons. Il est intéressant de noter que contrairement aux interprétations émotionnelles, les interprétations cognitives peuvent être contestées ; une perception peut être déniée, mais pas un sentiment. L'interprétation émotionnelle est subjective. Bien que certaines règles communes, générales, existent, l'individu en sécurité se différencie dans une certaine mesure dans son stock de règles E-I.

La plupart des règles E-I sont apprises, et certaines sont idiosyncrasiques. Cependant, selon Bower et Cohen, beaucoup de comportements primitifs et adaptatifs peuvent être façonnés par des règles E-I innées. Par exemple, presque tout le monde – des nourrissons aux adultes – sera troublé par des bruits très forts et inattendus ; il en est de même pour toutes expériences de frustration quand un but est mis en échec. Entre les règles E-I idiosyncrasiques et les règles d'usages, il y a donc une variété de règles qui sont culturellement apprises.

Bower et Cohen pensent que les règles E-I ne spécifieraient pas un état émotionnel complet dans leurs RHS, mais plutôt un ajustement au niveau courant d'une émotion spécifiée, tel l'accroissement de la peur ou la diminution de la joie. L'état émotionnel courant d'une personne est décrit comme le niveau

d'activation d'une série de N émotions tels que la peur, la colère, la joie, la tristesse, le dégoût, etc. Dans ce cas n'importe quel état peut être représenté par un vecteur $1 \times N$ valeurs d'intensité, variant sur une échelle de 0 à 1. Une règle E-I accroît ou diminue une ou plusieurs émotions par un opérateur linéaire associé.

Bower et Cohen expliquent qu'en admettant les valeurs N émotions à des niveaux différents le modèle peut négocier avec le phénomène des émotions ambivalentes et mixtes, conflictuelles. Le processeur central pouvant rendre compte du niveau d'activation de n'importe quelle émotion, et comportement passager sera sélectionné habituellement par l'émotion la plus forte. Si plusieurs émotions peuvent être satisfaites par un comportement, alors ce comportement sera favorisé par la somme de leurs forces. A noter que les émotions conflictuelles interagissent ; par exemple, la peur inhibe la joie, la peur inhibe la colère, etc. Ainsi, quand la situation cognitive change et une émotion est accrue, un processus d'ajustement dynamique des autres émotions peut être lancé pour faire face à cette perturbation.

En résumé, disons que l'apprentissage est une fonction essentielle, sinon la seule qui soit vraiment indispensable à l'adaptation à l'environnement.

Contrairement à la psychologie behavioriste, parfois qualifiée de psychologie de la réaction à l'environnement, la psychologie cognitive agit dans l'environnement en formant des représentations et en transformant ces représentations en d'autres représentations.

C'est dans ce sens que le mot cognition se réfère à la pensée, à toutes les opérations mentales dans des domaines divers parmi lesquels on trouve l'analyse du phénomène émotionnel.

Le modèle de Bower s'inscrit dans cette démarche puisqu'il décrit les processus cognitifs impliqués dans l'activation automatique de représentations mentales à connotations affective. Selon Bower, l'état émotionnel d'un individu sert de filtre sélectif qui favorise l'apprentissage. Les traces mnésiques seraient organisées dans un réseau sémantique dans lequel il existerait en mémoire des nœuds émotions qui réunissent d'autres aspects de l'émotion qui sont connectés à elle par des liaisons associatives.

Les connexions nouvelles sont établies avec les concepts sémantiques et les schémas utilisés pour décrire les événements. L'apprentissage consiste donc à établir les liaisons associatives et à augmenter leur force. Le modèle peut actualiser la structure d'un événement antérieur en le réinterprétant et en le réévaluant ; il rend ainsi possible, la détermination des causes de l'éveil émotionnel.

Bower évoque également un système de transfert d'apprentissage avec un pattern de reconnaissance cognitive à travers les sources de connaissance émotionnelle.

Le modèle de Tryon complète celui de Bower en abordant le traitement des émotions complexes (primaires, secondaires et tertiaires).

Ce chapitre de l'apprentissage du point de vue cognitiviste montre bien le lien entre cognition, émotion et comportement.

Les thérapies comportementales (du courant behaviouriste) a longtemps négligé une part importante de la dimension de l'esprit humain, à savoir l'importance du lien entre cognition et émotion et l'impact de cette dernière sur le comportement. Depuis Ellis et Beck, plusieurs chercheurs ont participé à l'avènement d'une psychologie cognitive « chaude » intégrant les processus émotionnels.

Chapitre II

Fondement des thérapies cognitivo-émotionnelles

La psychologie traditionnelle distingue les comportements, le cognitif et l'affect. La pratique clinique, d'abord comportementale est devenue ensuite Cognitivo-Comportementale. Jusqu'à Ellis et Beck, les émotions sont mal intégrées dans cette association. A la suite de ces deux auteurs, la recherche cognitive expérimentale fait des émotions un objet d'étude. C'est l'avènement d'une psychologie cognitive « chaude » intégrant les processus émotionnels (Anderson, 1972 ; Mandler, 1975 ; Bower, 1981, 1982).

Nous tentons de montrer dans ce travail l'existence d'une thérapie à la fois comportemento-cognitive et cognitivo-émotionnelle malgré la désignation initiale de thérapie cognitivo-émotionnelle.

I. Emotions : Les principales théories

L'accroissement récent du nombre de publications sur l'étude de l'interaction entre cognition et émotion montre que la composante émotionnelle, pour de plus en plus de chercheurs, devient indispensable à la compréhension des comportements. Cependant, la littérature fait souvent un usage peu rigoureux des termes « affect », « émotion » et « humeur ». Corson (2002) tente de délimiter les diverses acceptations de ces trois termes. Pour lui, le terme affect doit être envisagé comme un terme générique qui englobe à la fois les émotions et les humeurs. Un consensus semble s'être établi sur le fait que les émotions sont initiées par un objet, une situation ou acteur particulier et fréquemment dirigées vers un référent. Elles présentent de ce fait toutes les caractéristiques d'une réaction et sont donc généralement brèves et intenses. Les humeurs, au contraire, sont beaucoup moins spécifiques et plus générales. Il s'agit d'états affectifs plus envahissants, plus subtils, durables et beaucoup moins intenses comparés au choc que peut provoquer une émotion (Corson, 2002).

Cette moindre intensité fait que les humeurs ne provoquent pas, à l'inverse des émotions, de cassures ou d'interruption dans les comportements (Hänze & Hesse, 1993 ; Ellis & Moore, 1999). Enfin, les émotions impliquent également la prise en compte d'informations élaborées et conscientes concernant les antécédents et les conséquences des actions, alors que les humeurs correspondent à des états affectifs moins accessibles à la conscience (Forgas, 1999). Toutefois, le fait que les émotions, quelles qu'elles soient, drainent un état d'humeur latent qualitativement proche qui perdure au-delà de l'effet

émotionnel lui-même rend difficile une distinction aussi tranchée (Corson, 2002).

L'émotion est aussi habituellement considérée comme un sentiment ou une réaction induite par certains événements ou certaines pensées. Une émotion peut être plaisante ou désagréable. Un individu peut également avoir un mélange d'émotions plaisante et désagréable. Les gens ont plaisir à ressentir des émotions plaisantes, alors qu'ils essayent souvent d'éviter de ressentir les émotions désagréables. Cependant, ils ont souvent du mal à identifier leurs propres émotions. Bien que la plupart des personnes croient savoir ce qu'est une émotion, il n'existe pas encore de consensus chez les psychologues sur une définition qui s'applique à la fois aux êtres humains et aux animaux.

Les individus communiquent la plupart de leurs émotions au moyen de mots, expressions faciales, et gestes. Les gens apprennent des manières de montrer certaines de leurs émotions aux membres de leur société, bien que l'hérédité puisse déterminer certains comportements émotifs.

Plusieurs auteurs ont tenté de conceptualiser l'émotion pour caractériser les composantes, les déterminants, les effets sur le comportement ou encore sa fonction. On peut distinguer plusieurs courants de recherche qui s'inscrivent dans des domaines divers que nous tentons d'exposer de manière non exhaustive.

1. Schachter (1962)

Avec lui, commence les théories modernes sur l'émotion. Il propose une théorie à deux facteurs. Selon cette théorie, les deux facteurs qui déterminent différentes émotions sont les changements physiques du corps et l'attribution du sujet à ces changements. Cette théorie postule que les émotions résultent des interprétations des situations par le sujet après qu'il ait été physiologiquement stimulé.

Avec Singer, Schachter (1962) montre dans son étude classique que l'interaction des facteurs cognitifs et des états physiologiques détermine l'expérience émotionnelle. Selon les deux auteurs, deux principes fondamentaux permettent de justifier un modèle cognitif des émotions :

- Le contexte dans lequel les activations internes se produisent détermine si les gens interprètent ou non ces états d'activation comme étant des émotions. S'il existe d'autres possibilités d'explication de ces états, ils ne seront pas interprétés comme des émotions.

- L'émotion exacte ressentie par les gens qui perçoivent en eux un état émotif, dépendra du contexte dans lequel eux-mêmes se trouvent. En d'autres mots, la nature de l'émotion éprouvée peut être changée en modifiant les circonstances extérieures.

Une expérience est organisée sur ces principes avec essentiellement deux groupes de sujets qui ont reçu l'injection d'un activateur physiologique. Les deux groupes, informé et non informé ont des états d'activation interne identiques et sont placés dans un environnement identique.

Les résultats obtenus montrent que les sujets informés attribuent correctement les sensations internes à l'injection de l'activateur, alors que pour les sujets non informés ces sensations n'ont pas de sens, si ce n'est en fonction des conditions de l'expérience (environnement euphorique ou colérique).

Selon les auteurs, en l'absence d'explication, les sujets interprètent leurs émotions en fonction du contexte.

2. Leventhal (1980) et Bower (1981) : problématique des schémas.

« Le système schématique se développe très vite après la mise en action des premières connexions entre le système perceptif et le système de réponses corporelles. En effet, des récurrences entre des données perceptives et des patterns de réponses corporelles apparaissent. Par exemple, l'odeur du parfum de la mère peut être associé avec un pattern de détente et de bien-être physique chez le nouveau-né. Ces associations récurrentes sont enregistrées par l'individu et constituent une première forme de représentation émotionnelle ou schéma » (Philippot et al, 2002).

On peut donc dire que les schémas constituent à l'origine l'enregistrement des occurrences dans les liens entre indices perceptifs et réponses corporelles des expériences émotionnelles vécues par l'individu. Par la suite, s'établissent les liens avec le système propositionnel : l'activation conjointe et récurrente d'une information au niveau propositionnel et d'un schéma est intégré au schéma. Ce système de représentations obéit à une logique de contingence temporelle, c'est-à-dire que deux éléments sont connectés si seulement ils sont activés simultanément. Les expériences émotionnelles permettent à chaque individu de développer ses propres schémas. Ces schémas sont constitués sur la base d'expériences personnelles et concrètes, mais leur contenu peut être général, parce qu'ils sont souvent l'abstraction des récurrences communes à de nombreuses expériences semblables. Ils représentent un ensemble de connaissances implicites, non directement accessibles à la conscience. Ils sont activés de manière automatique et traitent rapidement l'information avec très

peu de ressources attentionnelles. Ce qui fait dire à Wheeler et ses collaborateurs (1997) que les processus activant les schémas sont anoétiques (sans conscience).

Le modèle général des processus émotionnels ou modèle cognitif des émotions, élaboré par Philippot (2002), suggère l'existence d'une sorte de « double mémoire » servant de fondement à une théorie nommée la « théorie bi-mnésique ».

2.1. Théorie bi-mnésique des émotions

Cette théorie propose un modèle cognitif des émotions fondé sur deux types de systèmes de mémoire ou de représentations, le système des schémas et le système propositionnel.

Comme nous avons indiqué dans le paragraphe du choix du sujet, de cette architecture résulte des processus organisateurs centraux de l'émotion qui se situent au niveau du système des schémas et celui des propositions et au niveau du système de réponses corporelles.

Le système de réponses corporelles serait contrôlé par un ensemble limité de circuits neuronaux qui organisent des patterns de réponses comportementales dans certains domaines clés pour la survie et la vie sociale de l'espèce et pour le développement de l'individu. Ces circuits sont à la base des tendances à l'action (Philippot et al, 2002). Pour Frijda (1986), il y a huit patterns de base qui sont activés au départ, de manière innée, par des indices perceptifs. Ce système organise et déclenche automatiquement des réponses corporelles effectives, aux niveaux physiologique et comportemental. Ce premier système est le dispositif émotionnel avec lequel l'individu vient au monde. Il peut être assimilé au concept d'émotion primaire au sens de Damasio (1994) et au concept de niveau sensori-moteur pour Leventhal (1984).

Le système des schémas se développe après la mise en action des premières connexions entre le système perceptif et le système des réponses corporelles. Il s'établit un lien stimulus-réponse entre le perceptif et le système de réponses corporelles qui met en place une première forme de représentation émotionnelle sous forme de schéma. C'est la définition originelle des schémas qui sont simplement l'enregistrement des récurrences dans les liens entre indices perceptifs et réponses corporelles dans les expériences émotionnelles vécues par l'individu (2002).

Les liens avec le système propositionnel s'ajoutent ensuite aux schémas. Selon Philippot et ses collègues (2002), avec la maturation cognitive, des indices perceptifs permettent l'identification des objets et un système de reconnaissance

d'objet se développe. Ces objets participent à la formation des concepts dans le système propositionnel. Celui-ci favorise un traitement analytique plus exigeant en termes de ressources cognitives. Il utilise deux types de processus : les processus noétiques et les processus auto-noétiques.

Les processus noétiques sont des processus de reconnaissance d'une information pour laquelle l'individu est incapable de se souvenir des circonstances de son acquisition. Par exemple, il peut reconnaître le sujet de l'information sans pouvoir se souvenir quand, comment ou même du lieu de la rencontre, ni de ce qu'il a éprouvé à ce moment-là (voir figure 8).

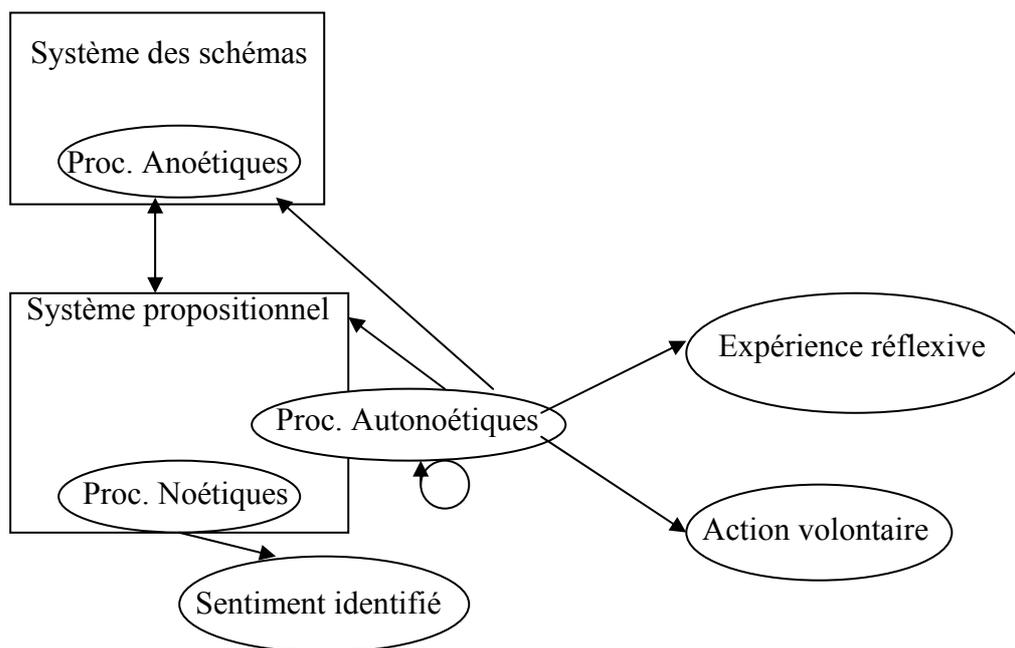


Figure 8 : Les processus actifs dans les systèmes schématique et propositionnel (Philippot et al, 2002).

Les processus auto-noétiques sont plus élaborés. Ils sont réflexifs et permettent au sujet de faire consciemment l'expérience de se souvenir de quelque chose, c'est-à-dire, de se percevoir entrain de vivre cette expérience. Ainsi, ils peuvent réactiver en mémoire une expérience passée et générer la qualité subjective de sentir qu'on a fait l'objet de cette expérience (Wheeler et al, 1997).

Ce sont ces processus qui font le lien entre les schémas et les connaissances propositionnelles. Cette relation permet l'expérience émotionnelle « subjective consciente » (Philippot et al, 2002).

La figure 9 montre le modèle bi-mnésique complet :

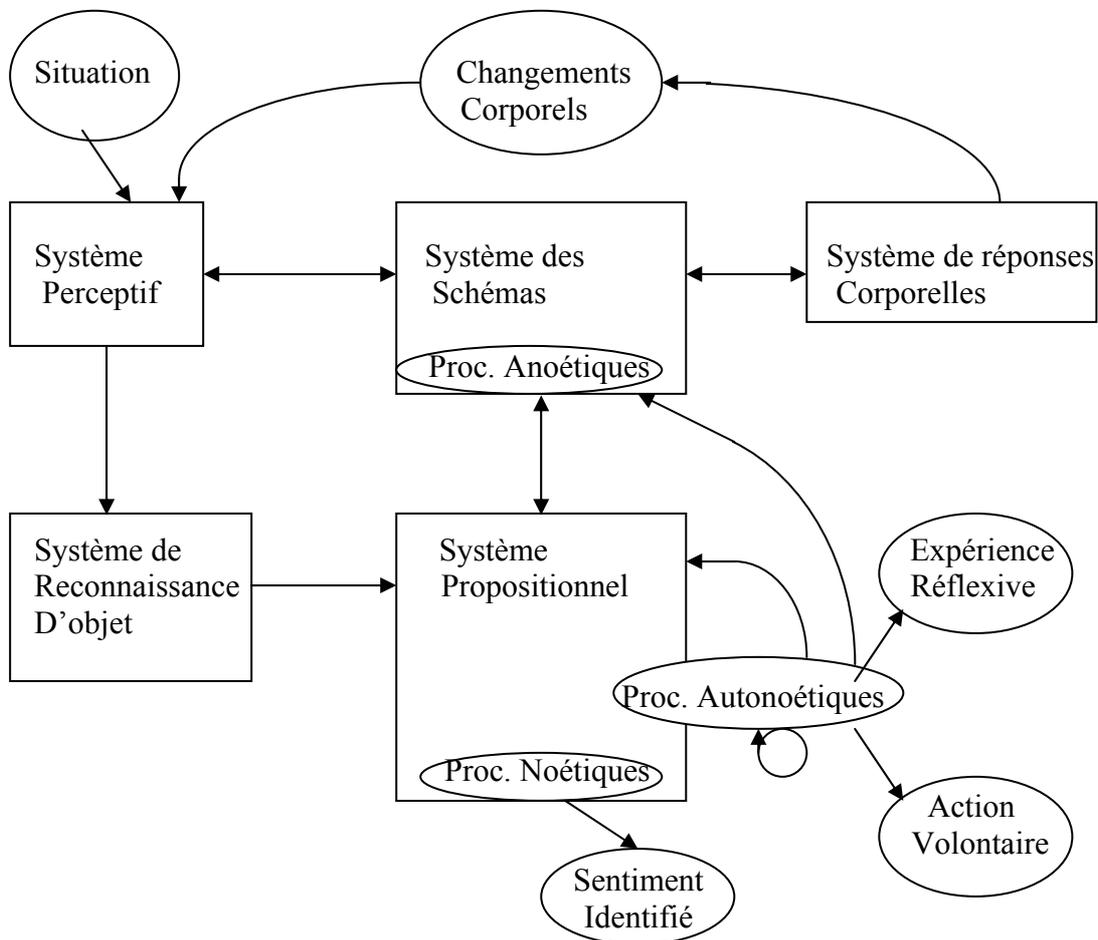


Figure 9 : Présentation globale du modèle bi-mnésique des émotions : systèmes, processus, liens et sorties (Philippot et al, 2002).

L'existence de phénomènes de rétroactions entre le système des schémas et le système de réponses corporelles a été observée (Matsumoto, 1987 ; Stepper et Strack, 1993 ; Bechara, 2000 ; Philippot, Chapelle et Blairy, 2002). Pour Philippot et al, il existerait une boucle de rétroaction indirecte impliquant le système perceptif. Les schémas activent le système de réponses corporelles correspondant. De cette activation résultent des changements corporels. Ces changements peuvent être détectés par la composante intéroceptive des processus perceptifs et cette information viendrait alors réalimenter le schéma.

Nous avons montré dans le paragraphe précédent, le lien entre le système des schémas et le système propositionnel. Comme ces systèmes sont souvent

activés en parallèle, il se crée des associations dues à des contingences temporelles d'activation. Ce qui confère aux schémas, le pouvoir d'activer certains concepts des structures propositionnelles et inversement. Ces liens d'association se créent et se transforment selon les mêmes lois qui gouvernent la formation des schémas. Ils sont intégrés aux schémas et incitent les auteurs (Philippot et al, 2002) à définir ceux-ci comme des structures abstraites codant les cooccurrences entre indices perceptifs et systèmes de réponses corporelles et les covariations de haut niveau entre contenus spécifiques au niveau propositionnel. Ils qualifient ce type de liens entre le système des schémas et le système propositionnel, de liens réciproques et automatiques. Pour eux, le fait d'activer un schéma émotionnel rend plus accessibles les concepts associés au niveau propositionnel, comme l'activation de certains concepts au niveau propositionnel peut activer un schéma.

Cette hypothèse a été mise en évidence dans une tâche d'induction d'humeur par Verten (1968). Elle est illustrée par l'exemple d'un individu atteint d'attaques de panique. Celui-ci peut interpréter ces attaques comme étant des crises cardiaques. Avec la répétition d'attaques de panique interprétées comme des crises cardiaques, il se crée une association entre le concept de « crise cardiaque » et le schéma de peur-panique. Dans ces conditions, il suffit d'entendre prononcer les mots « crise cardiaque », pour activer chez ce sujet le schéma de peur-panique. Réciproquement, l'activation du schéma de peur-panique rend plus accessibles les concepts de « crise cardiaque » ou de « cœur ». Ainsi, les sensations corporelles sont plus susceptibles d'être interprétées comme des signes de crise cardiaque.

Plusieurs auteurs (Leventhal, 1984 ; Damasio, 1994 ; Lane, 2000) font l'hypothèse d'expériences subjectives émotionnelles multiples. Ces expériences se distingueraient les unes des autres en fonction de leur niveau de conscience et de réflexivité. Elles pourraient varier d'un sentiment à peine conscient, diffus, et non identifié au sentiment conscient d'être dans un état émotionnel bien identifié.

« Un postulat du modèle bi-mnésique est que l'activation du système schématique et celle du système propositionnel sont toutes deux nécessaires pour éprouver subjectivement de l'émotion. Le système schématique est responsable de l'activation des processus émotionnels primaires nécessaires aux « cognitions chaudes ». Ce sont eux qui changent l'état de l'organisme. La reconnaissance consciente et a fortiori l'identification de l'état émotionnel nécessite l'activation du système propositionnel et ses capacités d'analyse » (Philippot et al, 2002).

Il y aurait un continuum dans la manière d'éprouver une émotion. A l'extrémité supérieure se trouverait la conscience de sentir une émotion bien identifiée qui résulte de processus auto-noétiques intégrant l'activation des schémas et des informations au niveau propositionnel, en particulier, celles concernant les expériences passées ou les buts poursuivis. Ce type de sentiment est appelé conscience réflexive par Lane (2000). Un autre type de sentiment décrit par Lane, est la « conscience phénoménale » qui ne met en jeu que les processus noétiques. C'est la perception consciente des marqueurs somatiques de l'émotion et de la réalisation de se sentir affecté émotionnellement.

Le système que nous venons de décrire présente des similitudes avec le concept de niveau schématique développé par Leventhal (1984) et la théorie du réseau sémantique de Bower (1981, 1982). Nous nous contentons d'extraire les modèles explicatifs, du travail de Corson (2002), qui sont utiles à notre étude. Dans ce travail, Corson propose les faits et les modèles susceptibles d'éclairer la compréhension quant à l'impact des variations émotionnelles sur les processus cognitifs, et spécifiquement sur la mémoire. Deux de ces modèles explicatifs permettent de préciser certains aspects des modèles de réseaux que nous avons décrits dans le chapitre précédent. Il s'agit des modèles de réseaux associatifs et les modèles de schéma.

3. Les modèles de réseaux associatifs

« Les états émotionnels sont donc représentés, au sein de la mémoire sémantique, sous forme de nœuds reliés à des propositions qui décrivent les événements au cours desquels l'émotion a été précédemment ressentie. La dépression, la joie et l'anxiété correspondent à des émotions spécifiques au même titre que les six nœuds émotionnels supposés de base qui seraient biologiquement implémentés dans le système cognitif : malgré certaines divergences ponctuelles entre auteurs, un consensus semble se faire effectivement sur l'existence des six émotions de base que sont la joie, la tristesse, la peur, la colère, le dégoût, et la surprise » (Corson, 2002).

Le fonctionnement du modèle repose sur l'idée de propagation d'activation. A cet effet, l'auteur cite successivement Bower et Forgas : « Lorsque l'activation du nœud émotionnel dépasse un certain seuil, l'excitation est transmise aux nœuds qui déclenchent les productions comportementales habituelles spécifiques de l'émotion ressentie » (Bower, 1981). Ainsi, « les états affectifs peuvent-ils diffuser vers les réactions physiologiques qui leur sont liées, les expressions faciales et posturales, les étiquettes verbales, les actions et toutes sortes d'informations mnésiques associées à cette émotion dans le passé » (Forgas, 1999). En effet, Forgas (1999) constate que ces principes qui stipulent que les relations entre cognition et émotion s'inscrivent dans un réseau associatif

de représentations cognitives ne nécessitent aucune composante motivationnelle. Par conséquent, du fait que la dimension émotionnelle influence notre manière de stocker, sélectionner et utiliser l'information est directement liée à son étroite imbrication au sein de nos structures de connaissance souligne son importance dans la construction de notre conception du monde.

Les premiers résultats validés de ce modèle sont basés sur la mise en évidence d'effets de congruence avec l'humeur (voir chapitre précédent : Bower). Des effets de congruence ont même été obtenus dans des situations de jugement social, de formation d'impression (Forgas, Bower & Krantz, 1984 ; Forgas & Bower, 1987) ou de perception de soi (Sedikides, 1995). Corson (2002) ajoute que le modèle de réseau a été conforté par la mise en évidence d'effets de congruence en mémoire implicite, avec des tâches de complétions de mots où les sujets dépressifs présentent une tendance à préférer des complétions de mots ou de phrases émotionnellement négatifs plutôt que positifs (Tobias, Kihlstrom & Schachter, 1992 ; Ruiz-Caballero & Gonzalez, 1994) dans des situations d'amorçage (Niedenthal & Setterlund, 1994 ; Bradley, Mogg & Williams, 1994, 1995 ; Bradley, Mogg & Millar, 1996), ou d'interprétation de stimuli ambigus (Eysenck, McLeod & Matthews, 1987 ; McNally, 1994).

4. Les modèles de schéma

Pour ce qui concerne les effets de l'humeur ou des variations émotionnelles, Corson (2002) suppose que les schémas fonctionnent comme des structures qui sont spécifiquement colorées par tel ou tel type de dysfonctionnements émotionnels. Le concept de schéma (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) a surtout été invoqué pour rendre compte des biais de mémoire chez le sujet dépressif. Ainsi, les sujets dépressifs sont supposés avoir des schémas spécifiquement liés à la dépression. Ces schémas structurent l'information et orientent les processus d'activation vers la récupération privilégiée de souvenirs négatifs. Hedlundt et Rude (1995) ont même confirmé l'existence de schémas dépressifs latents (introduits par Beck) chez des sujets récemment remis de leur dépression. Nous y reviendrons.

Rogers, Kuiper et Kirker (1977) ont mis en évidence l'importance du jugement en référence au soi (« cet adjectif vous décrit-il » ?) par rapport aux jugements plus classiques de type sémantique. A ce propos, Corson (2002) écrit que « cette supériorité des performances à la suite de jugements auto référencés serait due à l'importance quantitative et qualitative du réseau d'associations au sein des schémas personnels ». Ce biais de rappel négatif, très significatif sur les plans clinique et théorique, joue vraisemblablement un rôle important dans le maintien de l'état dépressif clinique. Selon Beck et Clark (1988), l'anxiété repose également sur l'existence de schémas négatifs relatifs à un sentiment de

menace physique ou psychologique touchant le domaine personnel, ainsi qu'un sens exagéré de la vulnérabilité. Une des différences entre les sujets dépressifs et les sujets anxieux est que, semble-t-il, les sujets anxieux mettent en place des stratégies d'évitement volontaire. Cette conception a été testée dans une expérience de mémoire implicite par Matthews, Mogg, May et Eysenck (1989). Ces auteurs ont montré la présence de biais négatifs de rappel. Ce qui est à l'origine d'une proposition en thérapie Cognitivo-Comportementale : réduire la crainte ou la menace subjective du sujet anxieux (Foa & Kozak, 1986).

5. « Schéma émotion » (Bucci, 1997)

Le modèle de Bucci est basé sur un principe qu'il appelle la théorie du code multiple et le processus d'inférence qui décrit les interactions des systèmes biologiques, émotionnels et cognitifs.

Selon l'auteur, La recherche en psychothérapie est effectuée dans un contexte de recherche générale impliquant l'examen des concepts de la théorie du code multiple et le développement d'instruments de mesure de ces concepts, aussi bien dans les études cliniques et non cliniques. Dans ce cadre théorique avec le concours de la technologie de l'informatique, l'interaction entre le patient et le thérapeute peut être examinée, et les caractéristiques de cette interaction associées aux différents effets du traitement peuvent être identifiées. L'application des données recueillies sert de vérification plus approfondie et conduit à l'élaboration de la théorie.

5.1. Les concepts de base de la théorie du code multiple

Toute information comprenant l'information émotionnelle est représentée et traitée sous trois formes majeures : le traitement sous-symbolique, non verbal, qui prédomine dans les systèmes somatiques et sensoriels, le système symbolique non verbal d'images, et le système symbolique de langage. Les trois systèmes sont interconnectés par le processus d'inférence qui lie tous types de représentations non verbales d'inférence à un autre et aux mots (figure 10).

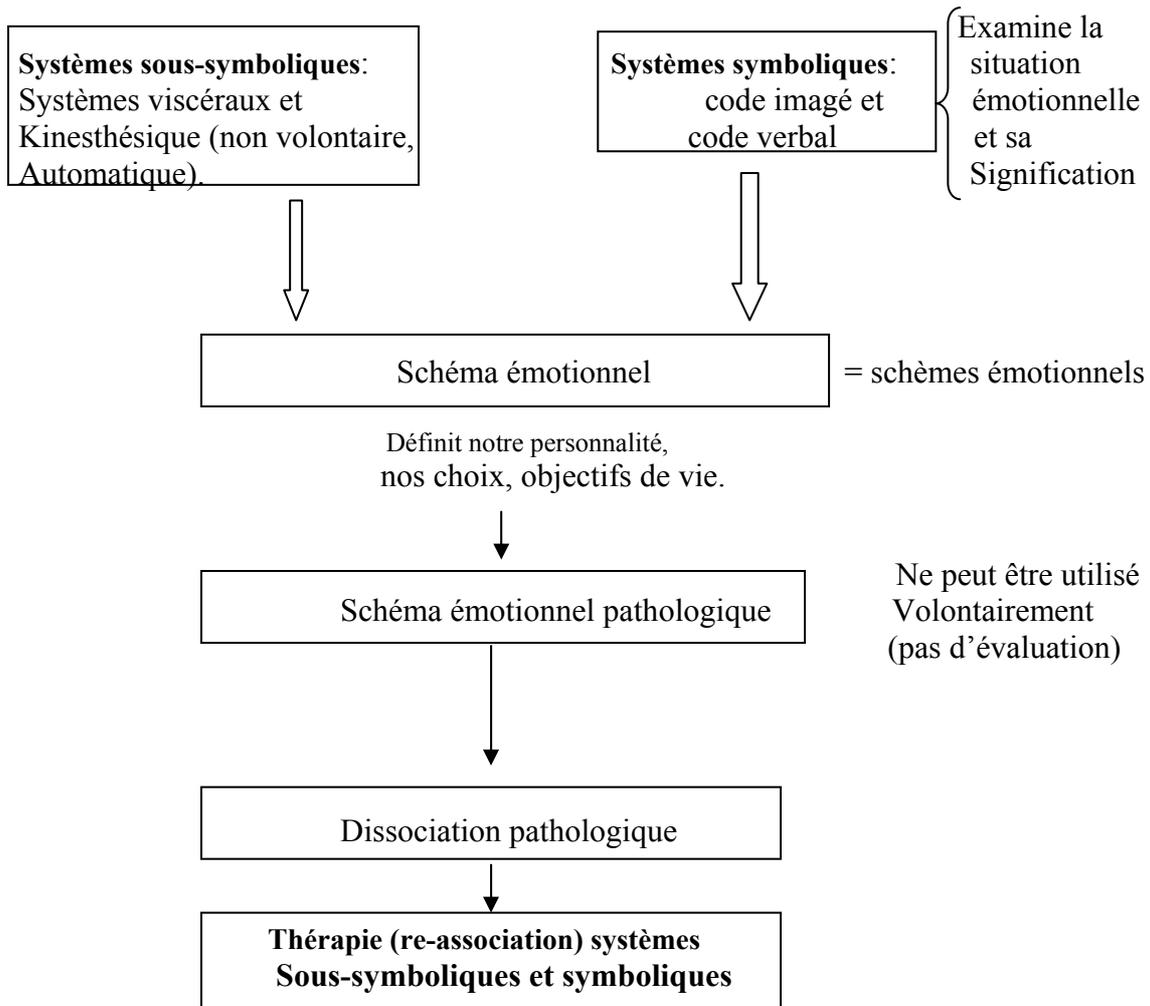


Figure 10 : Modèle du code multiple de Bucci (Dovero, 2000)

« Les schémas émotion » - les structures psychiques sur lesquelles le traitement se focalise – sont constitués d'éléments des trois systèmes. Le but du traitement peut être défini comme le changement des schémas émotion, en particuliers, comme l'intégration des systèmes qui ont été dissociés.

5.2. Processus d'inférence

Bucci (1997) explique que le changement se produit à travers les effets bidirectionnels du processus d'inférence dans le contexte de la relation thérapeutique.

Le processus d'inférence commence avec l'arousal d'un schéma émotion dissocié, souvent exprimé en premier lieu sous forme somatique sous-symbolique. Le schéma peut ensuite être symbolisé sous forme narrative, comme par exemple, le récit d'un événement récent, une mémoire, un fantasme ou un rêve. Le schéma peut être aussi symbolisé d'une manière différente dans des scènes ou des événements, ici et maintenant, représentant les relations

interpersonnelles. Les récits ou les scènes peuvent être des métaphores des schémas émotions – instantiation des histoires prototypiques d'une vie. Le nouveau matériel peut être ensuite le reflet dans le discours thérapeutique. Le thérapeute joue un rôle actif dans cette phase de formation d'images. Si le processus est efficace, les mots prononcés se connectent en retour aux éléments somatiques et sensoriels du schéma dissocié si bien que le sujet se sent réellement différent.

Les phases du processus d'inférence se produisent par répétition, dans une séance au cours du traitement. Chaque phase est associée à une série d'indicateurs opérationnels dans le langage et le comportement. Ceci comprend les mesures de l'activité référentielle notée RA (Referential activity), qui reflètent le lien de l'expérience non verbale au langage et autre style de langage et aux mesures de contenu. Les mesures RA comprennent les échelles évaluées par les juges selon les procédures indiquées dans le manuel RA (Bucci, Kabasakalian et al, 1992), et une version assistée par ordinateur, le CRA, développé par Mergenthaler et Bucci (1999).

Les mesures du style de langage ne sont pas des mesure en soi, mais sont utilisées dans le cadre d'autres mesures évaluant le contenu clinique, y compris les mesures des thèmes centraux et les mesures de système de défense, comme discutées par Bucci (1997 ; 1998 ; 1999). Les procédures linguistiques indiquent dans quelle direction les aspects particuliers du processus sont atteints dans la séance ; le résultat des mesures est ensuite appliqué pour spécifier se qui produit.

5.3. Systèmes sous-symbolique et symbolique

Le système sous symbolique comprend toutes les modalités sensorielles. Il est le principal mode opérationnel des systèmes viscéral et kinesthésique. Il permet de percevoir les changements d'états émotionnels à partir de l'expérience kinesthésique ou somatique. C'est le phénomène essentiellement automatique.

Quant au système symbolique, il repose sur l'identification des paramètres (construction de l'image et de la voix, rappel de l'image et de la voix en l'absence de l'objet réel).

L'étude du traitement symbolique est engagée dans un vaste programme de recherches écologique et expérimentale, aussi bien en thérapie que dans une autre forme de recherche clinique (Bucci, 2001). Le discours du patient est caractérisé par des niveaux bas de RA et CRA – Les REs (Relationship Episodes) comme habituellement définis sont peu probables – Les thèmes se concentrent sur des attributs, en particulier, les états physiques, la douleur, la maladie, les parties du corps et les actions (Bucci, 1998, 1999).

Le traitement sous-symbolique n'est pas perçu comme une phase de résistance (comme dans la théorie psychanalytique), mais peut-être, une phase de désorganisation et/ou une phase de mouvement vers le mode symbolique sans oublier les émotions et l'expérience corporelle. Alors que cette phase peut être caractérisée par l'expérience faciale, somatique et motrice, parfois sans associer la parole, un nombre d'indicateurs linguistiques et paralinguistiques de l'expression sous-symbolique a été également identifié par l'usage de bandes sonores et des transcriptions (Dubé, Ronsos et Bucci, 2001). Bucci recommande aux thérapeutes d'être silencieux quand le patient se trouve dans ce mode ; les interventions verbales qui se produisent pourraient être neutres ou en soutien, dans le but d'amener le patient vers un mode symbolique.

Ce modèle de dissociation nous incite à nous intéresser à un autre type de psychopathologie cognitive des émotions qui met en évidence le fonctionnement cognitivo-émotionnel.

6. Psychopathologie cognitive des émotions

Rouan et Pedinielli (2000) montrent que parmi les troubles émotionnels, tels que les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, le fonctionnement émotionnel dans la schizophrénie, l'Alexithymie est la première définition d'un concept spécifiquement lié à un trouble du fonctionnement cognitivo-émotionnel dans une approche biopsychosociale. Elle serait caractérisée par quatre dimensions :

- Une difficulté à identifier et à distinguer les états émotionnels
- Une difficulté à verbaliser les états émotionnels à autrui
- Une vie imaginaire réduite
- Un mode de pensée tourné vers les aspects concrets de l'existence au détriment de leurs aspects affectifs ou « pensée opératoire » (Luminet et Vermeulin, 2004).

L'alexithymique est incapable d'utiliser la cognition pour identifier les émotions et les utiliser dans les interactions avec l'environnement (Corcos et Esperanza, 2003). Il existe cependant les deux composantes : La composante cognitive est liée à sa préoccupation pour le factuel et les caractéristiques objectives de l'environnement au détriment de l'intérêt pour ses propres états subjectifs. Quant à la composante émotionnelle, elle est liée aux difficultés à identifier ses états émotionnels et les distinguer de ses sensations, ainsi qu'à la difficulté à les exprimer verbalement (Loas, Otmani, Lecercle et Jouvent, 2000).

L'Alexithymie entretient des relations significatives avec différentes dimensions de la personnalité, tels que l'introversiion et le névrosisme (Luminet et Vermeulen, 2004 ; Zimmermann et al, 2005), ainsi qu'avec les troubles dépressifs et anxieux (De Gucht et al, 2004).

Depuis une vingtaine d'années l'Alexithymie devient un concept transnosographique qui occupe de manière transversale une partie importante des travaux en psychopathologie cognitive des émotions.

6.1. Trouble du fonctionnement émotionnel et dépression

Dans la recherche sur les troubles du fonctionnement émotionnel, Plusieurs travaux décrivent l'Alexithymie comme un facteur en forte relation avec la dépression.

Les deux troubles ont surtout en commun, la tendance à la réduction de la vie émotionnelle :

- Dans l'Alexithymie, le sujet présente une incapacité à identifier les émotions et à les communiquer ;
- Dans la dépression, il existe une indifférence affective et une faible réactivité émotionnelle qui peuvent paraître recouvrir partiellement certains aspects de l'Alexithymie (Corcos et Esperanza, 2003).

Une autre étude montre que seul le facteur cognitivo-émotionnel de la dépression serait lié à la difficulté d'identifier les émotions dans l'Alexithymie (Hendryx et al, 1991). Les mêmes auteurs (1994) ont montré que le facteur de pensée opératoire est lié à l'anxiété et non à la dépression.

6.2. Relation entre émotion et personnalité

Zelenski et Larsen (1999) ont mis en évidence trois dimensions :

- Impulsivité – recherche de danger
- Sensibilité à la récompense
- Sensibilité à la punition.

Selon ces auteurs, ces résultats soulignent la forte dépendance du fonctionnement émotionnel à l'égard des dimensions du tempérament.

Une étude de Cloninger (1992), et une autre de Svrakie et ses collaborateurs (1999), montrent en effet que les dimensions du tempérament sont en étroite relation avec les émotions fondamentales (colère, peur, et amour – attachement).

6.3. Relation entre une dimension particulière de la personnalité (l'Alexithymie) et la dimension bi factorielle d'Eysenck.

Le modèle d'Eysenck fonde la personnalité sur la combinaison de deux facteurs majeurs et stables au plan transculturel : le neuroticisme, facteur associant instabilité émotionnelle, vulnérabilité au stress et disposition anxieuse permanente ; et l'extraversion qui mesure la sociabilité, l'entrain et le plaisir de la compagnie d'autrui.

Selon Luminet et Vermeulen (2004), les premières études ont mis en évidence que l'Alexithymie est liée à une tendance à ressentir plus intensément la détresse émotionnelle (relation positive modérée avec le neuroticisme), une expérience réduite des émotions positives (relation négative modérée avec l'extraversion, une limitation de l'imagination et une faible importance accordée à la vie émotionnelle (relation négative avec l'ouverture à l'expérience)). D'une façon générale, ces auteurs montrent que l'Alexithymie se définit à partir d'un ensemble de « sous-dimensions » très spécifiques qui lui confèrent son statut de dimension unique parmi les classifications existantes de la personnalité.

L'Alexithymie serait plus proche de la sensibilité qui associe une anxiété élevée et une faible désirabilité sociale. Elle se distingue de la sensibilité par une pensée de type opératoire.

6.4. Alexithymie et traitement cognitif de l'information émotionnelle

Il s'agit des relations entre l'Alexithymie et les différentes composantes de la réponse émotionnelle (physiologique, comportementale-expressive, cognitive-expérientielle), sans oublier des études portant sur le traitement cognitif de l'information émotionnelle utilisant le paradigme de l'amorçage affectif.

6.4.1. Les réponses physiologiques

La plupart des études montre l'existence d'un pattern de réponse identique chez les sujets alexithymiques et non alexithymiques dans l'observation des réponses physiologiques (Roedema et Simons, 1999).

Actuellement, dans les tâches d'induction émotionnelle (vision de films émotionnels, écoute de stimuli auditifs déplaisants, discours en public, etc. – Luminet et Vermeulen, 2004), il n'est pas facile de distinguer les réponses physiologiques des sujets alexithymiques de celle des non alexithymiques.

Les auteurs proposent des études complémentaires aboutissant à des conclusions plus systématiques.

6.4.2. Les réponses comportementales expressives

On a observé chez les sujets alexithymiques, l'expression faciale spontanée et la reconnaissance d'expression faciale chez autrui. Dans cette étude les résultats sont contrastés :

- Il n'y a pas de différence entre les sujets fortement alexithymiques et ceux qui le sont faiblement dans la reconnaissance d'expressions faciales émotionnelles présentées par d'autres individus.
- En revanche, les sujets fortement alexithymiques présentent un déficit dans l'expression faciale spontanée d'émotions négatives.

6.4.3. Les réponses cognitives expérientielles

Luminet et Vermeulen ont vérifié la difficulté des sujets alexithymiques à réguler leurs émotions par une version modifiée du test de Stroop avec des mots émotionnels à connotation sexuelle ou agressive. Ils ont trouvé qu'il y a plus d'interférence avec ces mots qu'avec des mots neutres. Ils ont observé que même avec un niveau faible d'Alexithymie, il se produit un effet d'interaction indiquant un accroissement du temps de réaction. Ils ont donc conclu que la présentation de mots émotionnels crée une interférence importante dans le fonctionnement cognitif des sujets des sujets alexithymiques.

6.4.4. Traitement automatique de l'information émotionnelle

Suslow et al (2001) se sont demandé si l'Alexithymie pourrait avoir un effet modérateur sur le traitement automatique de l'information émotionnelle. Pour vérifier cette hypothèse, ils ont utilisé le paradigme de l'amorçage affectif.

Ce paradigme permet d'évaluer l'attribution précoce des ressources attentionnelles aux informations affectives. Le postulat de Suslow est qu'un stimulus chargé affectivement attire l'attention si bien que sa signification ne

peut être complètement ignorée. Il est donc traité, même lorsqu'il est présenté de façon subliminale.

Lorsque l'amorce et la cible sont congruentes (positive – positive = chaleur – honnête ou négative – négative = douleur – cruelle), il y a un effet de facilitation. Dans le cas où elles sont de valence contraire (négative – positive), l'effet est inhibiteur.

Des indices ont été calculés sur ces effets. On a observé que l'indice constitué par un visage colérique avait un effet modérateur sur l'alexithymique. Parce que celui-ci ne sait pas distinguer des sentiments et des états d'activation corporels qui les accompagnent.

On peut donc supposer que le traitement automatique de ces états émotionnels soit moins favorable aux sujets alexithymiques. Ainsi, les effets d'un visage colérique sont plus faibles lorsque le score d'Alexithymie est plus élevé.

6.4.4b. Effets modérateurs de l'Alexithymie sur le rappel des informations émotionnelles.

Selon le paradigme des niveaux de traitement, la capacité de rappeler un stimulus dépend du mode de traitement de celui-ci au moment de l'encodage (Luminet et al, 2003). Ces auteurs définissent un encodage superficiel et un encodage profond :

L'encodage superficiel concerne les caractéristiques physiques comme la taille, la couleur ou le type de caractère des mots qui sont traités de manière préférentielle.

L'encodage profond traite la signification du stimulus (adéquation du sens d'un mot dans la phrase, tâche de décision lexicale).

Le traitement est donc d'abord perceptif, puis sémantique. Plusieurs études montrent que l'encodage profond conduit à des performances mnésiques nettement supérieures.

Luminet et Vermeulen (2004) ont considéré un niveau d'encodage perceptif et un niveau d'encodage sémantique dans un apprentissage de mots neutres et de mots émotionnels avec deux groupes de sujets différents par le score d'Alexithymie. Le rappel était plus important dans le traitement sémantique que dans le traitement perceptif. Cependant, les auteurs ont mis en évidence le déficit de rappel émotionnel des sujets alexithymiques en condition de traitement sémantique. Les performances sont identiques à celles des sujets

non alexithymiques dans les autres conditions, tels que le rappel de mots neutres après un traitement perceptif ou sémantique et le rappel de mots émotionnels après un traitement perceptif.

Conclusion :

- L'Alexithymie présente un déficit dans le traitement cognitif de l'information émotionnelle
- Les individus alexithymiques possèdent une capacité limitée à recourir aux représentations symboliques de l'émotion, notamment par l'utilisation d'un langage affectif. Les systèmes symboliques remplissent pourtant des fonctions essentielles afin de permettre à l'individu de traiter mentalement ses expériences personnelles et les vécus émotionnels associés.

Comme l'a montré Bucci (1997), les émotions sont représentées par des schémas qui incluent des représentations à la fois symboliques et sous-symboliques. Nous rappelons que les représentations symboliques concernent le langage verbal, mais aussi les images associées aux situations émotionnelles. Les représentations sous-symboliques constituent les aspects somatiques, viscéraux et kinesthésiques, relatifs aux sensations ressenties dans les situations émotionnelles.

Le déficit de représentation symbolique chez les alexithymiques aurait pour conséquence majeure que les représentations sous-symboliques soient liées de manière très « lâche » aux images et aux mots.

Dans des situations fortement émotionnelles qui activent en premier lieu les réponses somatiques, viscérales et kinesthésiques, les sujets alexithymiques éprouveraient plus de difficulté à recourir au langage. Or le recours au langage permet d'atténuer l'intensité de l'évènement ou de modifier le sens, notamment par les processus d'évaluations cognitives (Luminet et Vermeulen, 2004). Par conséquent, les représentations sous-symboliques des alexithymiques seraient moins susceptibles d'être régulées par un contrôle cognitif efficace.

II. Affect, émotion et représentation

Nous avons précisé précédemment le lien entre affect, émotion et humeur. Il est maintenant facile de nommer à bon escient le concept qui apparaît dans la représentation de connaissance. Dans ce paragraphe, nous présentons trois modèles explicatifs des effets des variations émotionnelles dans les processus

cognitifs : le modèle d'infusion de l'affect, le modèle « affect en tant qu'information » et le modèle « humeur et connaissance générale ».

1. Le modèle d'infusion de l'affect (Affect Infusion Model, AIM)

Selon Corson (2002), le modèle de réseau (développé précédemment) est confronté à un ensemble de phénomènes divers. En effet, la théorie du réseau est basé sur les effets de congruence, en particulier, les effets d'amorçage émotionnel (amorçage entre amorce et cible de même valence émotionnelle).

Ces effets ne se manifestent pas toujours dans l'étude des performances mnésiques. Ceci est attribué d'une part à l'insuffisance de contraste entre les états émotionnels testés (Bower, 1985), et d'autre part, au manque de relations perçues entre les variations émotionnelles induites et la tâche expérimentale proposée (Bower, 1991) ou à certaines conditions peu favorables à l'investissement autoréférentiel du sujet.

L'« Affect Infusion model » (AIM), est une théorie intégrative qui est décrite comme une explication complète et parcimonieuse de ces effets (Forgas, 1994). Le modèle suppose que le degré d'infusion de l'affect dans les jugements sociaux varie suivant un continuum de traitement ; il identifie quatre stratégies de traitements alternatifs :

- Accès direct
- Traitement motivé

Ces deux stratégies constituent des processus relativement rigides de récupération directe d'information laissant peu de places à la possibilité d'infusion émotionnelle.

- Heuristique
- Traitement élaboré

Ces deux dernières stratégies sont des processus plus souples dont les traitements complexes et la flexibilité favorisent au contraire l'infusion.

Cette théorie repose sur l'indépendance des biais mnésiques par rapport aux facteurs contextuels comme la nature de la tâche ou sa complexité. Pour démontrer cette hypothèse, Forgas (1995b) met en évidence différents effets de congruence qui tendent à diminuer quand les stimuli sont simples à identifier, moins ambigus, favorisant ainsi un traitement moins élaboré. Il découvre alors que la diffusion de la composante émotionnelle dans le réseau nécessite un niveau minimal de complexité des processus impliqués.

Forgas (1995a, 1999) constate que, même si les résultats sont consistants, les phénomènes d'amorçage apparaissent préférentiellement dans des tâches où sont utilisées des stratégies de traitement constructif important, entraînant ce qu'il appelle l' « infusion » de l'information émotionnelle dans les processus cognitifs. Ainsi, le modèle AIM permet de spécifier les conditions optimales d'obtention de l'amorçage émotionnel attendu dans les modèles de réseau.

Forgas pense donc améliorer la théorie des réseaux en proposant des tâches de mémoire dans des contextes d'encodage ou de récupération suffisamment riches. Pour cela, il développe le rôle des états affectifs dans les jugements sociaux. Dans ces conditions, des tâches de jugement plus complexes, demandant la mise en œuvre des processus plus élaborés semblent conforter la pertinence des phénomènes d'amorçage émotionnel et de congruence (Corson, 2002). Selon cet auteur, le modèle AIM apparaît comme une « extension affinée » des modèles de réseau, donc pertinent pour tous processus cognitifs.

L'infusion émotionnelle peut être définie comme « le processus par lequel l'information affective influence les processus cognitifs en s'y incorporant, affectant l'apprentissage, la mémoire, l'attention et les processus associatifs, et éventuellement infléchissant les processus de décision, produisant les effets de congruence ».

Corson explique que la stratégie d'accès direct suppose que dans la résolution d'une tâche, les informations directement pertinentes sont simplement récupérées en mémoire, et même, que certaines solutions sont pré stockées. Il s'agit là des tâches familières qui présentent des caractéristiques typiques favorisant l'accès direct à des solutions pré stockées pour lesquelles aucune composante affective, motivationnelle, cognitive ou situationnelle ne requiert un traitement plus élaboré (Forgas, 1999). Ce type de processus cognitif rigide résiste à l'infusion émotionnelle. Quant à la stratégie de traitement motivé, elle correspond aux situations où le traitement de l'information est dirigé par un objectif, un but bien déterminé. Il peut s'agir de traitement élaboré, mais l'orientation précise vers l'objectif laisse peu de place à des effets émotionnels collatéraux.

D'une façon générale, les stratégies heuristiques ressemblent plus à des règles empiriques ; ce sont des tactiques de recherche de solutions relativement faciles à appliquer, et leur identification ne repose souvent que sur leur efficacité dans la solution des problèmes antérieurs. On les utilise lorsqu'il n'existe pas d'algorithmes pour la recherche de solutions.

La stratégie de traitement de l'information élaborée, complexe, plutôt atypique est supposée comme la plus susceptible d'être influencée par une infusion émotionnelle. La description qu'en donne Forgas (1995a) correspond au traitement de l'information classique que tout sujet entreprend lorsqu'il sélectionne, stocke, récupère ou interprète l'information en fonction d'une base de données pré existante. Ce qui fait du AIM, un modèle complémentaire au modèle de réseau. Selon Forgas (1999), il s'agit d'une reformulation tendant à inscrire le modèle de réseau associatif dans un cadre plus vaste où les effets du contexte sont pris en compte.

2. Le modèle « Affect en tant qu'information »

La théorie du traitement de l'information sociale a fait l'objet de nombreux travaux concernant les causes cognitives et les conséquences de l'affect et des émotions.

Plusieurs études portent sur les réactions émotionnelles aux stimuli (Smith et Ellsworth, 1985) et les facteurs responsables de ces réactions (Abelson, 1983 ; Ortony, Clore, et Collin, 1988 ; Roseman, 1984, 1991). Certaines de ces études se focalisent sur l'influence de l'affect dans le codage et l'organisation de nouvelles informations en mémoire (Bower, 1981, 1991), son impact sur la récupération des concepts précédemment acquis et sur la connaissance (Blaney, 1986), l'utilisation de l'affect comme base pour des jugements et des décisions (Schwarz et Clore, 1983, 1988), et son influence sur les stratégies cognitives adoptées par les individus quand ils exécutent une tâche cognitive (Isen, 1987 ; Mackie et Worth, 1989 ; Schwarz et Benisent, 1991).

Ces recherches ont mis en évidence la manière dont les réactions affectives agissent sur la créativité (Isen, Daubman, et Nowicki, 1987 ; Isen, Johnson, Mertz, et Robinson, 1987), L'impact des messages persuasifs (Bohner, Schwarz, et Strach, 1990 ; Mackie et Worth, 1989) ; la formation d'impression (Isabell, Clore, et Wyer, 1998) ; Les stéréotypes (Bodenhausen, 1993 ; Bodenhausen, Sheppard et Kramer, 1994) ; les évaluations de l'individu (Schwarz et Clore, 1983 ; Levine, Schwarz, et Wyer, 1994) et Wyer, Clore et Isabell (1998) ont développé un modèle qui intègre l'implication de ces phénomènes divers dans les processus cognitifs. Ces auteurs soutiennent que les réactions affectives entrent intrinsèquement dans le traitement de l'information sous deux formes principales :

- Les affects positifs et négatifs peuvent être des réponses apprises, initiées par des stimuli externes ou internes. Une fois acquises ces réponses peuvent devenir des conditions préalables pour les opérations cognitives qui composent la connaissance procédurale (Anderson, 1983 ; Smith, 1990) et déterminent le

comportement dans des types spécifiques de situations auxquelles elles sont appropriées. Une fois que ces procédures sont actives, elles peuvent influencer des réponses à une nouvelle information.

- Les réactions affectives qu'on éprouve à un moment donné, peuvent être employées comme de l'information sur l'attitude d'autres personnes, sur des situations auxquelles on est confronté, les résultats du comportement dans ses situations, et le bien fondé de certaines stratégies pour atteindre des objectifs de traitement adapté. Par conséquent, l'affect peut influencer le jugement sur ces entités et les décisions comportementales qui en découlent.

Schwarz et Clore (1983) disent qu'au lieu de fournir une réponse sur la base des caractéristiques d'une cible, les sujets se demandent plutôt comment ils la ressentent, avant d'attribuer à cette cible les sentiments dus à un état pré existant.

Selon Corson (2002), c'est sur la base de l'évolution de leur état émotionnel ponctuel que les sujets fournissent une réponse à la tâche proposée. Les effets différentiels des humeurs positives et négatives s'expliquent alors par une perception différente de la dangerosité de l'environnement. Ainsi, les états affectifs auraient une fonction informative : le fait de ressentir un état émotionnel négatif est un signal de danger ou, tout au moins, de problèmes potentiels. Cela conduirait le sujet à mettre en place des stratégies de traitement systématique et spécifique de l'information. Ces stratégies seraient orientées vers une analyse précise des éléments de la situation. Elles s'avèrent en général efficaces dans les situations problématiques (Corson, 2002).

Quant à l'humeur positive, elle indique un environnement bienveillant. Dans ce cas, le sujet n'a pas de raison de s'engager dans l'utilisation de stratégies complexes qui demandent un investissement important (Schwarz, 1990). Celui-ci s'engage, au contraire, dans l'utilisation d'heuristiques simples (Clore, Schwarz et Conway, 1994). Ces propositions sont à l'origine du modèle « humeur et connaissance générale ».

3. Le modèle « humeur et connaissance générale »

Ce modèle, proposé par Bless et ses collaborateurs (1995, 1996), repose sur l'analyse de l'environnement pour rendre compte des effets différentiels de l'humeur sur l'utilisation des structures de connaissances générales. Corson (2002) indique les deux idées forces de cette hypothèse :

- L'humeur positive conduit à une analyse qui favorise l'utilisation de structures de connaissances générales et,

- Cette utilisation préférentielle de connaissances pré stockées n'est pas due à de moindres ressources disponibles, comme le propose Ellis, mais à l'humeur positive elle-même.

Pour Corson, l'une des originalités de ce modèle est qu'il ne s'appuie pas prioritairement sur les effets de congruence, comme ont pu le faire les modèles de réseaux, mais rend compte de la gestion de tout type d'information et que les variations de capacité de traitement cognitif ne sont pas une cause des déficits observés. Elles sont plutôt une conséquence des stratégies utilisées. Ces stratégies sont différentes suivant l'humeur du sujet dans l'interprétation qu'il fait de l'environnement.

L'humeur positive est considérée comme indicateur d'un environnement inoffensif et connu. Elle favorise l'utilisation de structures de connaissances générales et la mise en œuvre de stratégies de traitement descendant de l'information, qui généralement s'avèrent efficaces dans des situations habituelles. L'utilisation de ces structures de connaissances générales présente en outre l'avantage de requérir moins de ressources attentionnelles qui peuvent alors être éventuellement allouées à d'autres tâches se déroulant en parallèle (Bless, Schwarz, Golisono, Rabe, et Wölk, 1996). De même l'activation, favorisée par l'humeur positive de ces structures, permet d'enrichir, d'élaborer l'information disponible et conduit ainsi à créer de nouvelles inférences potentiellement utiles.

L'humeur négative, au contraire, incite les sujets à se focaliser sur l'information spécifique fournie ; ils la traitent plus systématiquement en évitant des stratégies de récupération de solution pré stockées qui pourraient se révéler inadaptées (Corson, 2002).

Bless et ses collaborateurs (1996) ont testé la pertinence du modèle en étudiant l'impact de l'humeur sur l'utilisation de scripts. L'expérience repose sur l'idée que lorsque les processus de mémorisation de l'information sont fondés sur l'activation de scripts, les configurations des connaissances ultérieures sont différentes en fonction du degré de typicalité des actions.

Les informations typiques seraient fréquemment reconnues, même si elles ne sont pas présentées. Il semble que la reconnaissance des actions typiques dépend prioritairement des processus d'activations de structures de connaissances générales pré stockées (processus descendants ou dirigés par concepts ou « Top-down ») alors que la reconnaissance d'actions atypiques repose sur des processus de mémorisation effective d'informations ponctuelles qui supposent l'utilisation de ressources plus importantes (processus ascendants ou dirigés par données ou « Bottom-up »).

Pour réaliser cette expérience, des sujets sont induits négativement et positivement. Ils sont confrontés à un test qui rend compte d'une sortie au restaurant. Ils reçoivent la consigne de reconnaître des actions typiques et atypiques qui sont soit présentes dans le texte, soit absentes.

Les résultats indiquent que les sujets en humeur positive font plus de fausses reconnaissances d'actions types, absentes du texte, que les sujets en humeur négative.

Il apparaît que l'humeur positive favorise l'utilisation de structures de connaissances générales (Corson, 2002). En revanche, l'humeur n'a aucun effet sur la reconnaissance d'actions atypiques.

En fin, cette expérience montre que l'humeur positive tend à favoriser et l'humeur négative à inhiber l'utilisation de structures de connaissances générales sans que pour autant ces effets laissent supposer que l'humeur négative (Ellis et Ashbrook, 1988) ou l'humeur positive (Ellis et Moore, 1999) provoque une réduction des ressources de traitement allouées à la tâche.

Dans les conditions « naturelles » (sans induction d'humeur), Inhelder (1993) décrit dans l'exécution d'une tâche ou la résolution d'un problème trois phases successives qui réapparaissent constamment dans les différentes situations. Ces trois phases, qui définissent trois types de contrôle du sujet sur l'environnement et sur sa propre connaissance, présentent une parenté évidente avec le passage des unités procédurales aux unités représentatives.

Dans la première phase, dite procédurale, le sujet est centré sur l'adaptation aux stimuli externes et sur la réussite immédiate.

Dans la deuxième phase, « méta procédurale », le sujet réécrit ses représentations précédentes. Il tente de les unifier et de les simplifier afin de pouvoir les contrôler sans recourir aux stimuli externes. La centration sur ses propres représentations peut conduire le sujet à ignorer certains observables ou même à aller à l'encontre de certains faits d'expérience afin d'imposer des procédures trop pauvres mais étroitement contrôlées.

Dans la troisième phase, dite conceptuelle, les deux processus des phases précédentes sont coordonnés : le processus de contrôle en fonction des stimuli extérieurs (Bottom-up) et le processus de contrôle fondé sur l'organisation interne des représentations (Top-down).

Même si les comportements observés sont semblables à ceux de la première phase, ils sont en fait le produit d'une organisation plus riche et plus cohérente.

Pour passer d'une phase à l'autre, le mécanisme suppose à chaque niveau de contrôle une sélection des éléments pertinents et leur consolidation en fonction de critères externes ou internes. Il faudrait alors postuler un mécanisme d'évaluation qui permette au sujet de juger de la qualité des éléments retenus, de leur pertinence par rapport aux connaissances déjà acquises.

Ce mode de traitement cognitif habituel de l'information est influencé par la variation émotionnelle (ou de l'humeur). Celle-ci favorise l'utilisation préférentielle des structures de connaissances pré stockées au profit de l'humeur positive. Alors que le traitement cognitif est biaisé par l'humeur négative qui inhibe l'utilisation de structures de connaissances générales.

En résumé, l'analyse des données expérimentales a abouti à un certain nombre de conclusions :

- La cognition et l'émotion sont intimement liées l'une à l'autre dans la production de comportements observables.
- Le système cognitif et le système biologique agissent en interaction dans l'activation émotionnelle.
- L'existence de relation entre émotion, comportement et fonction adaptative dans l'évolution de l'espèce vivante est une donnée psychologique déterminante.
- Les émotions peuvent être universelles ou propres à une culture.
- Les émotions peuvent être considérées comme un sous-ensemble des phénomènes mentaux.
- L'existence d'un lien réciproque entre émotion et représentations mentales est une donnée d'apprentissage.
- Les propriétés de mots en mémoire sémantique sont appariées à des concepts, des objets, des personnes, des situations qui évoquent une expérience émotionnelle.

Si les émotions constituent, en général, des signaux pour l'adaptation à l'environnement physique et social, on peut se poser la question des limites

entre une émotion qui favorise cette adaptation et une émotion qui déclenche une souffrance, c'est-à-dire, qui génère une pathologie émotionnelle. Pour cela, il est intéressant de mener une étude qui permet de mieux appréhender l'organisation de la psychopathologie, améliorer la compréhension de celle-ci afin de favoriser l'application d'une psychothérapie adaptée.

III. Psychopathologie

La psychopathologie est l'étude de la maladie mentale, du trouble mental. Comme la psychiatrie dont l'objet est l'étude et le traitement de la maladie mentale, la psychopathologie a pour objet les déviations de la personnalité et des comportements.

Pour Canguilhem (1966), « un individu sain est celui qui peut tomber malade et se rétablir ; c'est un individu capable d'instaurer de nouvelles normes de fonctionnement dans des contextes différents ». Ce qui conduit à définir la santé mentale, non par l'absence de maladie ou par un nombre réduit de symptômes, mais par des capacités de changement et d'adaptation à des situations nouvelles.

1. Psychopathologie et psychiatrie

Il est difficile de constituer des modèles théoriques synthétiques et holistiques qui rendent compte de toutes les dimensions d'une personnalité affectée d'un ou plusieurs troubles psychiques. On privilégie souvent l'approche d'une des composantes du trouble. Pour élaborer des concepts, la psychologie s'associe à la psychosociologie qui vise l'influence de divers courants sociaux (histoire, philosophie, linguistique, etc.) compte tenu de l'existence intemporelle du trouble psychique.

Dans la Grèce antique, la psychopathologie naît avec Empédocle en Sicile avec sa théorie des qualités des quatre éléments (terre, eau, air, feu) dans ses rapports avec les quatre humeurs nécessaires au bien être : sang, flegme, bile jaune et bile noire. C'est le début de la théorie des tempéraments, initiée par Hippocrate. La classification d'Hippocrate comprend : la manie, la mélancolie, la paranoïa, l'épilepsie, en relation avec les tempéraments sanguin, colérique, flegmatique.

A la suite d'Hippocrate, Galien (au 2^{ème} siècle) établit les bases de l'affectivité et du comportement. Pour Galien, l'excès de sang conduit au tempérament sanguin, de bile jaune au tempérament colérique, de bile noire au tempérament flegmatique.

Au moyen âge l'homme était désemparé devant le trouble mental. Les malades mentaux étaient torturés ou brûlés sur la place publique. Jusqu'en 1656 (création de l'hôpital général de Paris) on ne savait pas soigner ces malades. Ils étaient enfermés avec les « insensés », mendiants, prostitués et correctionnaires par lettre de cachet. C'est sous l'impulsion de Necker (1785) que les asiles deviennent des lieux de soins. La même année Cullen (écossais, mort en 1790) propose une classification des troubles psychiques d'essence neuro-fonctionnelle.

C'est dans ce contexte qu'est né le courant de la psychopathologie générale. Le traité de psychopathologie de Jaspers en Allemagne (1910) sépare certains troubles psychiques réactionnels à un événement, vécus en continuité avec l'histoire du sujet et les processus pathologiques en rupture avec celle-ci. Kretschmer (1921) établit des liens de continuité entre un trouble psychique et un trouble de la personnalité, du caractère et de la morphologie.

Un manuel statistique des troubles mentaux (DSM) est édité en 1952, suivi d'une deuxième édition (DSM-II) en 1968. Ces deux premières éditions sont fortement influencées par l'approche psychodynamique. Les troubles mentaux sont considérés comme des réactions aux événements de l'environnement et leur existence est perçue sur un continuum, de la névrose (anxiété, dépression) à la psychose (hallucinations, délires, pensées illogiques). En 1980, la troisième édition (DSM-III) est fondée sur le modèle biomédical. Elle introduit l'évaluation multiaxiale dans laquelle l'anxiété et la dépression font partie de l'axe I et les troubles de personnalité sont dans l'axe II. La quatrième édition (DSM-IV) de 1994 est révisée (DSM-IV-TR) en 2000. De la troisième à celle-ci le principe d'organisation des troubles est invariable.

2. Dépression

Dans la dépression certaines des émotions éprouvées par le malade font partie des affects physiologiques vécus par un sujet non déprimé. L'humeur oscille entre la tristesse et la dépression. Lorsque la dépression est caractérisée, la tristesse est d'un type particulier : la douleur morale. On constate un ralentissement, des troubles somatiques, de sommeil et d'alimentation...

La dépression caractérisée, définie objectivement selon des critères scientifiques rigoureux, concerne tous les ans en France au moins 4,7% de la population (Pape, 1996). C'est une maladie de longue durée : 45 mois environ (Tylee, 1999) à caractère récurrent dans 75 à 80% des cas et chronique dans 15 à 20% des cas (Angst, 1999). La sévérité de la dépression est une caractéristique qui contribue à sa reconnaissance (Docherty, 1997). Le vécu de la dépression est lié au désespoir, à la culpabilité, la honte d'être faible.

On distingue la dépression caractérisée, les dépressions à expression somatique, les dépressions réactionnelles, la dysthymie, les formes dites mineures. La dépression récidive dans 50% des cas dans les deux ans suivant un premier épisode. 20% des cas deviennent chroniques. Dans 15 à 20% des cas une rémission, seule, partielle, est obtenue (Cardot, 1995).

D'une façon générale, on distingue deux types de dépression : la dépression majeure et la dysthymie. Habituellement, la dépression majeure consiste en un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs. Au cours de l'épisode, l'humeur déprimée prédomine sans que le patient soit nécessairement conscient de sa tristesse. Le sujet perd tout intérêt pour ses activités et se replie dans l'inactivité.

La dysthymie est caractérisée par des symptômes dépressifs chroniques, moins sévères, persistants pendant plusieurs années. On parle de psychose maniaco-dépressive (PMD ou trouble bipolaire). Il y a donc une phase dépressive (identique à la dépression majeure) et une phase maniaque. Dans la phase maniaque, l'humeur du sujet peut être exaltée, exubérante ou irritable. Le comportement est bizarre, parfois hargneux. On constate notamment l'existence de logorrhée sans fin, des pensées confuses, des idées de grandeur, une hyperactivité sociale, sexuelle et professionnelle, une grande distraction, usure du jugement et une diminution du besoin du sommeil.

2.1. Evolution de la dépression

Dans une rémission partielle, l'amélioration est tel que le diagnostic d'épisode dépressif majeur ne peut être retenu. Dans une rémission complète, l'individu est considéré comme asymptotique. Aujourd'hui, on considère que la guérison est une rémission complète pendant une durée égale ou supérieure à six mois. La rechute se définit par la réapparition de symptômes dépressifs avant la guérison. La récurrence (ou récurrence) correspond à la réapparition d'un nouvel épisode dépressif après la guérison du précédent.

La coexistence de troubles anxieux est présente chez 50% des déprimés (Brochier, 1995). Elle majore l'intensité du tableau dépressif, favorise le recours à des conduites addictives, entrave davantage la réadaptation sociale et professionnelle. L'anxiété constitue un indice de gravité de la dépression.

Une dépression devient chronique quand elle dure deux ans ou plus avec persistance d'une symptomatologie dépressive suffisante constatée à plusieurs reprises. On estime la durée du traitement pharmacologique en phase d'attaque à deux mois en moyenne pour obtenir une disparition des symptômes dépressifs.

Le traitement de consolidation est de quatre mois en moyenne. Elle se justifie après la disparition des symptômes.

2.2. Trouble du traitement de l'information dans la dépression

L'approche cognitive postule que c'est l'interprétation et l'évaluation de la réalité qui rendent dépressif et non la réalité elle-même. L'interprétation et l'évaluation déterminent les états émotionnels et les comportements. Le dépressif a tendance à devenir moins objectif et à s'évaluer, ainsi que son environnement et le futur de façon plus négative et pessimiste. Il se perçoit comme inapte, incapable, indésirable ou indigne. Il perçoit le monde extérieur comme trop hostile, exigeant, plein d'obstacles insurmontables. Il croit que le futur ne lui réserve que déceptions, difficultés, échecs et rejets. Ces croyances sont souvent inflexibles et inconditionnelles, puisqu'elles se développent tôt dans l'enfance à partir d'expériences personnelles et de l'influence de l'environnement familial. Souvent, elles ne sont pas reconnues par le patient (Lebel et Paquette, 2001).

On distingue deux types d'organisation de ces croyances. Dans le premier type se rangent les sujets qui valorisent prioritairement les relations interpersonnelles et l'appréciation par autrui. Ces sujets auraient tendance à être plus vulnérables aux stressors comme les conflits interpersonnels, la solitude, etc.

Dans le deuxième type, se retrouve les sujets ayant des exigences élevées pour ce qui concerne l'accomplissement personnel. Ils seraient plus vulnérables aux stressors tels que les échecs professionnels ou financiers, etc. (Clark et Steer, 1996).

Cette approche met en évidence l'influence des troubles de la personnalité sur les pathologies de l'axe I du DSM. L'association entre l'anxiété et la dépression joue-t-elle un rôle dans cette influence ?

3. Anxiété et dépression : Comorbidité

L'anxiété et la dépression sont généralement considérées comme des troubles distincts dans la pratique clinique. Comorbidité ou trouble mixte n'est qu'une catégorie diagnostique qui apparaît dans l'annexe du DSM-IV. Cependant, beaucoup de patients présentant des troubles de l'humeur identifiables ont l'anxiété comorbide, caractérisée par une observation clinique grave et persistante qui rend le diagnostic et le traitement nécessaires (Howland et Thase, 2005). Ces auteurs recommandent aux cliniciens d'identifier tôt l'anxiété et la dépression afin d'appliquer la thérapie appropriée pour obtenir un traitement en profondeur plutôt qu'une simple amélioration des symptômes.

Ils constatent que les patients présentant l'anxiété et la dépression comorbides ont tendance d'interrompre plus tôt le traitement que ceux qui ont une affection unique (dépression ou anxiété) et peuvent ne pas répondre de façon robuste aux traitements conventionnels. L'introduction de plus en plus de nouvelles classes d'anti-dépresseurs qui permet d'obtenir des effets robustes d'anti-dépresseurs et d'anxiolytiques a fourni le moyen de traiter les deux troubles avec un médicament simple.

3.1. Dépression comorbide

Les données épidémiologiques américaines indiquent une prédominance (au moins 5,8%) de dépression majeure chez les adultes. Les troubles dépressifs qui incluent la dépression majeure et la dysthymie, sont associés à la détresse morale et physique (DSM-IV, 1994). D'après cette classification les troubles dépressifs comprennent :

- La dépression majeure, épisode simple
- La dépression majeure récurrente
- La dysthymie
- Le trouble dépressif non spécifique

Historiquement, la dépression est considérée comme une pathologie résultant de la seule dérégulation du système noradrénergique. Par conséquent, la physiopathologie s'est focalisée sur les concentrations sanguines en nor-épinéphrine et le dysfonctionnement noradrénergique. Avec l'introduction des inhibiteurs sélectifs de ré captage de la sérotonine (5-HT), l'attention s'est portée sur le rôle de la sérotonine dans la dépression. Cependant, les mécanismes supposés exacts sous-tendant la dépression sont plus complexes que la simple diminution de concentration de nor-épinéphrine ou de sérotonine. De plus, de nouvelles hypothèses soulignent la dérégulation des systèmes de neurotransmetteurs (Laid et Benefield, 1995).

3.2. Comorbidité anxiété-dépression

Dans l'enquête nationale américaine de comorbidité, 58% des patients souffrants de dépression majeure déclarent avoir un trouble d'anxiété ; parmi ces patients, le taux de comorbidité avec l'anxiété généralisée est de 17,2%, le trouble panique de 9,9% (Kessler, Nelson, McGonagle, Liu, Swartz et Blazer, 2005). Ces auteurs ont trouvé que les patients diagnostiqués comme anxieux ont un taux élevé de dépression comorbide comprenant 22,4% de phobie sociale, 9,4% d'agoraphobie, et 2,3% de trouble panique.

Pour beaucoup d'auteurs, les symptômes dépressifs et anxieux ne sont pas assez graves dans cette association pour justifier un diagnostic primaire de dépression majeure ou d'anxiété (Kuzel, 2005). Les patients peuvent être également classés dans la catégorie de trouble mixte anxiété-dépression. Ces patients ont un risque sensiblement plus élevé de développer une véritable dépression ou anxiété. Un traitement approprié est nécessaire pour alléger les symptômes et empêcher l'apparition de maladie plus sérieuse (Kuzel, 2005).

Plusieurs résultats indiquent que les patients présentant la dépression et l'anxiété comorbides ont tendance à développer la maladie avec une plus grande sévérité et une réponse inférieure aux traitements que les patients ayant un trouble unique (Gorman, 2005). De plus, la qualité de vie est considérablement altérée.

Les études génétiques montrent un lien biologique entre la dépression et l'anxiété. Les membres d'une famille de patients ayant une dépression comorbide et un trouble panique ont des incidences plus élevées de troubles de l'humeur et d'anxiété, d'abus d'alcool que ceux des patients atteints de dépression seule (Leckman, Weissman, Merikangas, Pauls et Prusoff, 1983). Les patients souffrants de dépression et d'anxiété généralisée ont plus de parents dépressifs que ceux présentant l'un ou l'autre trouble seul (Gorman, 2005).

Des résultats neurobiochimiques montrent également des perturbations aussi bien dans la transmission que dans la régulation sérotoninergique et noradrénergique (Gorman, 2005). La participation de ces systèmes de neurotransmetteur dans les états normaux et pathologiques d'humeur suggère un continuum allant de l'éveil normal (arousal) aux états anxieux et dépressifs. Gorman soutient l'hypothèse d'un hyperarousal épuisant les neurotransmetteurs dans des secteurs critiques de la région frontale du cerveau, qui peut rendre un patient plus vulnérable pour développer des manifestations émotionnelles et somatiques de la dépression.

L'anxiété comorbide est un facteur déterminant pour le développement d'une dépression chronique et de la résistance au traitement (Thase et Howland, 1994 ; Howland, 2005). Il est possible qu'elle soit aussi un facteur de trouble de personnalité.

4. Modèle de Williams et Oaksford (1992)

Ces auteurs étudient les troubles anxieux et dépressifs dans un modèle d'allocation de ressources et d'inférence cognitive.

Une revue réalisée en 1996 permet d'analyser les phénomènes anxieux et dépressifs étudiés par ces auteurs.

4.1. Anxiété

Pour étudier l'anxiété dans ce modèle, Williams et Oaksford (1992) considèrent l'importance de l'attention dans les situations de menace par le traitement de l'information non menaçante chez des sujets souffrants de trouble d'anxiété généralisée. Ils adoptent donc un modèle de traitement de l'information dans lequel l'attention peut être manipulée par un paramètre de réseau simple qu'ils étudient afin de mettre en évidence la dimension biologique de l'anxiété. Leur hypothèse est ainsi de nature biologique, suggérant que la différence entre l'anxiété et la dépression résulte d'un déséquilibre dans la transmission d'un neuromédiateur différent, responsable de la quantité de ressources attentionnelles allouées aux sélections de la menace. Matthews (1994), Matthews et Harley (1996) modélisent l'hyper sensibilité aux mots à caractère menaçant, mais s'intéressent surtout aux aspects cognitifs de cette hypersensibilité.

Ils modélisent donc une tâche cognitive traditionnelle connue pour provoquer un retard dans la réponse des sujets anxieux. Il s'agit de la tâche de Stroop avec des mots menaçants et non menaçants. Ils conçoivent un nœud spécial représentant la tâche s'occupant des mots menaçants qui concurrencent des nœuds impliqués dans l'appellation des couleurs ou des mots déterminant l'aspect de la tâche de Stroop qui est exécuté. Ces auteurs ont ainsi exploré l'utilisation pathologique du réseau stratégique, paramétrique, et l'apprentissage des biais attentionnels. Ils concluent que seuls les biais stratégiques attentionnels, c'est-à-dire, l' hypersensibilité aux objets menaçants qui crée la vulnérabilité conforme aux biais de traitement de l'information anxieuse.

4.2. Dépression majeure

Le contexte historique permet d'expliquer certaines similitudes et différences dans les modèles de trouble de l'humeur et voir comment les modèles de traitement parallèle et distribué (PDP) offrent des avancées supérieures aux formulations plus traditionnelles. Depuis la « révolution cognitive » des dernières années 70 et des premières années 80, les modèles de réseau sémantique sont proposés pour expliquer les biais de traitement de l'information dans la dépression.

Adoptant le modèle de Collins et Loftus (1975) des événements mentaux utilisés comme des propositions, écartant les éléments peu représentatifs de la connaissance dans « un réseau sémantique », Bower (1981) modélise

l'expérience normale de l'émotion représentant des nœuds dans un réseau sémantique (voir cognitivisme et apprentissage). Des théoriciens tel qu'Ingram (1984) constate que lorsque de tels nœuds deviennent des aspects pathologiquement puissants de la dépression, ils peuvent être simulés. Cette approche semble expliquer beaucoup de types de traitement dysfonctionnel de l'information observés chez les déprimés, aussi bien au début qu'au maintien de la dépression, ainsi que lors de son traitement (Ingram et Hollon, 1986 ; Nolen-Hoeksema, 1990), et lors d'une éventuelle récurrence (Teasdale, 1988). Alors que la distinction entre les réseaux sémantiques composés de nœuds de traitement de l'information de chaque représentation de croyances ou propositions logiques d'une part, et d'autre part les réseaux PDP dans lesquels chaque nœud n'a pas de signification individuellement, est importante, le travail qui relie les deux représentations a permis d'établir des ponts de passage important entre les deux champs dans la littérature expérimentale (Anderson, 1990 ; Blank et al, 1991 ; Yates et Nasby, 1993). Par exemple, Yates et Nasby (1993) identifient six caractéristiques fondamentales communes aux deux modèles, sémantique et PDP de la mémoire associative :

- Les deux types de modèles emploient des nœuds représentant des aspects de la connaissance propositionnelle.
- Les propositions sont associées au moment du codage.
- L'information activée dans le réseau est au-dessus d'un certain seuil.
- Les stimuli environnementaux conscients activent quelques nœuds dans le réseau
- L'activation peut se propager suivant des degrés variables
- La conscience peut être comprise en tant qu'elle est impliquée dans l'activation des nœuds.

L'approche sémantique du réseau fournit ainsi un contexte historique important pour comprendre le développement actuel des modèles de réseau de neurones de la dépression. L'orientation cognitive et la focalisation sur le rôle de la mémoire et de l'attention dans la dépression utilisées dans tous les modèles de réseaux sémantiques peuvent fournir une base pour leur usage dans les modèles PDP correspondants. De même, tracer des « entrées » avant les champs communs des « sorties » du traitement de l'information par les modèles de réseaux sémantiques peut expliquer l'utilisation du tracé des réseaux par des modèles PDP de la dépression.

Selon Williams et Oaksford, les reformulations PDP des représentations des réseaux sémantiques de la dépression préservent les avantages des modèles de réseau sémantique à condition qu'une approche biologiquement congruente contrôle les mécanismes responsables du déclenchement et du maintien de la

dépression. Elles peuvent aussi fournir des prédictions théoriques incompatibles avec les modèles de réseau sémantique, qui n'affectent pas la représentation distribuée tout en préservant l'essentiel des intérêts des premiers résultats obtenus. Par exemple, le modèle de Teasdale et Barnard (1993) est directement conçu en réponse aux avantages perçus et aux insuffisances des modèles de réseau sémantique comme la représentation de Bower (1981).

Ces auteurs utilisent fréquemment les hypothèses concernant la nature des représentations distribuées pour fournir un biais des spéculations dans leur livre en tenant compte du phénomène précédemment expliqué par les approches de réseau sémantique comme une variation descendante de cycle de dépression proposée par Teasdale (1988). Siegle (1996b) tente aussi d'expliquer l'hypothèse de cycle de Teasdale des attributions négatives créant des biais de traitement de l'information négative qui influencent les attributions antérieures par l'hypothèse des nœuds de « ruminantion » qui, basée sur les associations négatives apprises, évalue la négativité des associations antérieures avant que les associations sémantiques s'installent.

Un grand nombre de méthodes d'incorporation d'affects dans les réseaux PDP proposées ne sont pas directement issues de la représentation de Bower (1981) des « nœuds émotion ». Elles préconisent une orientation cognitive intégrant les autres éléments ; elles augmentent la congruence biologique et autres avantages des modèles PDP comme l'inclusion explicite de bruit pour les conceptions existantes de la dépression. Par exemple, selon l'hypothèse de LeDoux (1987), les émotions sont attachées aux stimuli dans une phase très primaire ; Tryon (1994), Mathews (1994), Siegle et al (1994), Mathews et Harley (1996), ont tous créé des représentations du traitement de l'information affective impliquant les stimuli composés d'affects distribués et de caractéristiques sémantiques.

Alors que Mathews (1994), Mathews et Harley (1996) et Siegle (1996b) considèrent des représentations d'émotions relativement simplistes, incorporant seulement les valences émotionnelles positives, négatives et neutres, Tryon (1994) a proposé une représentation d'affects plus complexes impliquant la création d'émotions secondaire et tertiaire à partir d'émotions de base (primaire). Les modèles créés ainsi par ces chercheurs décrivent des stimuli comme ayant des valences affectives distinctes, et se focalisent sur des réseaux à traitement différentiel de stimuli avec une valence ou plus. Par exemple, Siegle et al (1996a) tentent de modéliser des temps de réaction plus longs, des sujets déprimés, aux mots négatifs sur la tâche émotionnelle Stroop en prolongeant le modèle de traitement de l'information de Cohen, Dunbar et McClelland (1990) sur la tâche de Stroop pour tenir compte du contenu affectif des stimuli. Ils

modélisent le fonctionnement normal impliquant la perception directe de l'information affective et sémantique de l'environnement.

Les entrées du réseau constituent le contenu sémantique et affectif des stimuli. Les sorties expriment la détermination de la couleur ou du contenu sémantique du stimulus. Le réseau est biaisé pour lui permettre d'apprendre plus de stimuli négatifs que de stimuli positifs ou neutres. Les auteurs sont ainsi capables de spéculer en conservant l'automatisation relative, due au sur-apprentissage, des cognitions négatives des sujets déprimés. Cette orientation cognitive expérimentale, combinée à l'observation de Yates et Nasby (1993) selon laquelle les réseaux sémantiques et PDP se fondent sur les stimuli de l'environnement pour activer les éléments du réseau donne une explication évolutionniste sur la solidité de ces modèles pour les biais introduits à l'entraînement.

Un avantage implicite de ces modèles sur les modèles analogiques traditionnels de l'émotion est que les simulations sur ordinateur des modèles connexionnistes adoptés comme les modèles de Siegle (1996b) montrent explicitement l'induction de la dépression dans le fonctionnement normal. C'est-à-dire que le modèle vérifie explicitement une transition analysable d'une absence de dépression à un état dépressif analogue à une fonction d'exposition et d'apprentissage des stimuli négatifs. Si l'apprentissage simulé de manière souhaitée pour être congruent à celui qui se produit chez l'homme, le modèle PDP montre que la validité de la construction est ainsi prouvée pour la représentation résultante de la dépression exprimée par le modèle. Par ailleurs, ces modèles ne tentent pas de représenter la dépression, mais de représenter les stimuli qui pourraient engendrer la dépression et le processus par lequel la dépression pourrait être impliquée dans un modèle.

Les correspondances entre le comportement résultant du modèle qui semble contribuer à la dépression chez l'homme, et la véritable dépression humaine sont particulièrement intéressantes. De ce fait, les conceptions de prédisposition au stress du trouble (Metalsky et al, 1987) peuvent être efficacement modélisées, alors qu'elles seraient difficiles à intégrer dans un réseau sémantique traditionnel ou des modèles symboliques. De même, les simulations du processus d'induction de la dépression dans les modèles PDP permettent aux chercheurs d'étudier comment la vulnérabilité potentielle et les facteurs de protection affectent ce processus. Par exemple, Siegle (1995) trouve que quand le réseau est autorisé à faire trop d'associations entre les représentations sémantiques et affectives d'un stimulus qu'il compare à un « style de coping répétitif », il est beaucoup plus difficile d'éliminer les biais de traitement de l'information établis dans le réseau, par l'exposition préalable au stimulus négatif.

Williams et Aoksford (1992), dans leur modèle, ne représentent même pas les dimensions de l'émotion, mais supposent que les émotions sont des propriétés émergentes des interactions à l'intérieur d'un réseau, probablement comme une fonction de la propagation de la diffusion des neurotransmetteurs. Ce modèle assure ainsi l'entrée de ces stimuli dans le réseau sans une valence affective particulière, mais comme une conséquence de la diffusion des interactions des neurotransmetteurs, et procède selon le contenu affectif émergent de ces stimuli. De même, Leven (1992) ne se focalise pas particulièrement sur le rôle des émotions négatives, pas plus qu'un autre processus cognitif supposé pour mettre en évidence un rôle dans l'initiation et le maintien de la dépression, nommé impuissance apprise (Abramson, Seligman, Teasdale, 1978). Le modèle de Williams et Aoksford, et celui de Leven suivent au plus près le principe du fonctionnement neuronal.

Ces auteurs font spécifiquement l'hypothèse d'un réseau qui représente le traitement de l'information par une série de dipôles d'entrée. Ces entrées constituent les stimuli de l'environnement et les sorties les réponses comportementales. Le réseau est supposé être perturbé par la désorganisation des paramètres dans le but de correspondre aux quantités de neurotransmetteurs résultant des sentiments d'espoir.

Tous les modèles décrivent avec intérêt, jusqu'ici, les processus à caractère émotionnel, soit explicitement ou implicitement, comme des facteurs qui affectent la transformation des stimuli dans des réponses, c'est-à-dire, en biaisant les réponses. Ainsi, l'usage de la cartographie des réseaux par la plupart des modélisateurs de la dépression majeure reflète le rôle supposé des émotions dans la cognition.

4.3. Distinction entre l'anxiété et la dépression

La psychologie cognitive expérimentale explique les biais dans les troubles émotionnels, en particulier, les biais d'attention, de mémoire et de jugement. Pour expliquer le phénomène de base, un soupçon de doute persiste encore. Il concerne l'attention sélective pour le matériel négatif. Certains patients anxieux sont attentifs aux bruits la nuit à la maison, croyant que ceux-ci proviennent de cambrioleurs, ou quand le battement de leur cœur semble irrégulier ou anormal, ils l'attribuent à un signe de crise cardiaque. Quant aux patients déprimés, ils sont plutôt attentifs aux événements négatifs (Williams et Aoksford, 1992) : un retard au travail est mal ressenti et interprété, un groupe de gens qui rient est ressenti et interprété comme un moyen délibéré d'exclusion.

Une des caractéristiques de ces états cliniques est qu'ils sont instables : ils oscillent, vont et viennent, montent et descendent comme l'anxiété ou la dépression (Teasdale et Forgy, 1979 ; Clark et Teasdale, 1982 ; Richards et Whitaker, 1990).

Un grand nombre d'études mettent en évidence les biais d'attention chez des sujets anxieux. Burgess (1982) utilise le paradigme d'écoute dichotique. Des sujets doivent signaler la présence de stimuli cibles distribués de façon aléatoire parmi des stimuli standards. L'objectif consiste à localiser dans la séquence des opérations successives, l'information dont le rythme de traitement est ralenti. Celle-ci serait responsable du processus de sélection.

Cette expérience pratiquée dans le cadre de l'anxiété sociale et l'agoraphobie montre que l'attention des sujets est portée sur les mots à caractère anxieux. Avec des patients obsessionnels-compulsifs, en insérant dans le message standard les mots « urine », « cancer », « rage », le résultat est identique. Les patients montrent une plus grande sensibilité pour ces stimuli. Ce résultat est confirmé par la mesure de la conductance cutanée et l'habilité à presser un bouton (Foa et McNally, 1986).

Plusieurs autres expériences (Williams, 1992) montrent en fin que la perception sensorielle est plus grande dans le traitement des stimuli menaçants chez les patients anxieux et qu'elle n'est pas simplement provoquée par des biais de réponse. Une des preuves les plus convaincantes de cette tendance des patients anxieux à s'orienter vers un traitement automatique (perceptuel) est fournie par les expériences de sonde visuelle de point (McLeod et Matthews, 1986).

Ces chercheurs ont présenté à des sujets anxieux et des sujets contrôles des paires de mots. Ces mots apparaissent simultanément sur un écran, l'un au-dessus de l'autre à trois centimètres de distance. Les patients lisent le mot du dessus à haute voix et presse à même temps un bouton aussi vite que possible en détectant le point sur l'écran. Le mot apparaît à l'endroit précis du point, mais seulement dans certains essais. Parfois, il remplace le mot du dessus, parfois celui d'en bas. Les mots sont soit neutres, soit menaçants pour les patients. La variable dépendante est la vitesse avec laquelle les sujets appuient sur le bouton. Cette vitesse varie avec les stimuli cibles (mots menaçants).

Les sujets anxieux et les sujets contrôles donnent des patterns de réponses différents. Les résultats des sujets anxieux montrent une focalisation de l'attention sur la localisation de la menace. Dans d'autres tâches perceptuelles (Stroop), les sujets anxieux choisissent également le matériel menaçant.

Dans la littérature des années 80, les explications en termes de théorie des schémas sont typiques. Les patients anxieux réagissent en fonction des « schémas de danger » (Matthews et MacLeod, 1985, 1986 ; Macleod, 1986).

On utilise aussi la théorie des schémas pour expliquer les biais de mémoire chez les sujets déprimés (Bradley et Matthews, 1983, 1988).

En dépit de quelques explications, on peut dire dans l'ensemble que les résultats sont plus satisfaisants chez les sujets anxieux que chez les déprimés dans les tâches perceptuelles. Gerrig et Bower (1982) ont trouvé que l'humeur dépressive induite expérimentalement n'affecte pas le seuil perceptuel. Les observations menées par Powel et Hemsley (1984) sur des patients déprimés s'avèrent significatives. Mais le test de sonde de point visuel, effectué par MacLeod et al (1986) donne des résultats négatifs.

La théorie des schémas montre l'existence de biais attentionnels dans l'anxiété. Il existe aussi des biais dans la dépression, mais ils sont de nature différente (Williams et Aoksford, 1992). Il y a donc là un facteur limitant qui empêche de proposer un modèle générique unique du processus d'information. C'est aussi la seule contrainte à la modification de la théorie. Une telle dissociation est apparue dans le champ de recherche des biais de mémoire.

Ces biais sont détectés chez les patients déprimés dans des tâches de mémoire concernant des listes mots (Clark et Teasdale, 1985), des histoires (Bower, 1981 ; Cohen, 1981), ou la mémoire autobiographique (Lloyd et Lishman, 1975 ; Teasdale et Fogarty, 1975 ; Moore, Watts et Williams, 1988 ; Williams et Scott, 1988). Ce qui est sûr, c'est que, quand on présente aux patients déprimés une liste de mots positifs, négatifs et neutres, ils ont plus de retard à rappeler les mots négatifs (Williams et al, 1988). En utilisant les mots de menace dans ce paradigme avec des patients anxieux, on ne trouve pas de biais de mémoire sélective (Mogg, Mathews et Weinman, 1987).

Dans un autre cadre de travail cognitif générique, la théorie du réseau associatif est le plus souvent cité comme guidant la recherche d'explication de ces données sur la mémoire (Bower, 1983 ; Teasdale, 1983). La théorie du réseau semblable à celle des schémas, ne fait pas de prédictions distinctives entre l'humeur dépressive et l'anxiété.

Selon la théorie du réseau, chaque émotion a un nœud spécifique dans la mémoire qui rassemble d'autres aspects de l'émotion. Ceux-ci sont connectés au nœud par des indicateurs associatifs. Toute humeur, pour être rappelée et supposée avoir un effet doit correspondre à l'humeur de codage, ou être congruente à celle-ci. Si une telle congruence se manifeste, la recherche de la

mémoire est biaisée pour procéder au codage à travers les mêmes voies associatives. La combinaison de l'activité des « nœuds émotion » et de l'activation d'autres nœuds associatifs est couplée à la recherche biaisée produite par cette activation. Ce couplage est considéré pour rendre compte des biais perceptuels, de l'amorçage dans les expériences de décisions lexicales, de l'étude état-dépendance, du codage de l'humeur congruente et du phénomène de recouvrement.

Rien dans la théorie ne prédit les dissociations émergentes qui pourraient être observées entre les paradigmes mnémoniques et perceptuels et entre l'anxiété et la dépression. Comment peut-on expliquer ces résultats ? Williams (1988) amorce une explication avec la distinction faite, par beaucoup de théories de traitement de l'information, entre le traitement automatique et le traitement contrôlé. Cet auteur suggère que la dissociation puisse être mieux accommodée à la distinction, non pas, entre processus de mémoire et de perception, mais entre les aspects passifs et automatiques d'une part, et d'autre part les aspects actifs et contrôlés du codage et du recouvrement. Un biais dans l'aspect passif automatique du besoin de traitement n'est pas substitué à celui d'un aspect actif contrôlé de traitement, et vis versa.

La preuve qu'il est nécessaire de considérer deux aspects indépendants provient de beaucoup de sources. Parmi les sources les plus contraignantes, on trouve les résultats des tests de mémoire perceptuelle (quelquefois on se réfère à la mémoire implicite ou test indirect de mémoire). Dans ce paradigme, on présente aux sujets une liste de mots à un temps t ; plus tard, ils subissent un test de menace dans lequel ils ont à identifier les mots cibles dans une liste plus grande. Chaque liste est faite pendant 35 msecondes. Les sujets trouvent plus facile d'identifier les mots qu'ils ont vus auparavant, même s'ils ne peuvent choisir que les anciens mots dans le test de recognition conventionnel. De même, si on donne aux sujets quelques lettres d'un mot à deviner, ils ont tendance à compléter un mot qu'ils ont vu récemment. Une fois encore, ce biais est indépendant de la capacité des sujets à reconnaître les mots qui ont été montrés auparavant.

Les tests de mémoire explicite et implicite ont montré que les sujets réagissent différemment dans les manipulations en profondeur du traitement. Graf et Mandler (1984) ont présenté une liste de mots à des sujets auxquels on a posé une question sur chaque mot, soit sur sa structure, soit sur son sens. Normalement une telle manipulation de codage a un effet important sur le recouvrement qui est plus retardé. Mais les sujets rappellent beaucoup plus de mots produits sémantiquement. Ces auteurs répètent ce phénomène de profondeur de traitement de l'information. Ils trouvent que la profondeur à laquelle un mot est traité introduit une petite différence dans la performance de

la mémoire implicite. Il n'y a pas de différence entre le codage sémantique et le codage structural. Le biais de complétion de mot existe. La réponse des sujets est plus retardée.

Williams et ses collègues utilisent ces résultats pour expliquer les dissociations qui touchent la performance des sujets anxieux et déprimés dans différents types de tâches.

Les tâches attentionnelles utilisées pour étudier l'anxiété sont similaires aux tâches de menace perceptuelles qui sont utilisées pour étudier la mémoire implicite (perceptuelle). Les tâches de mémoire utilisées pour étudier la dépression sont similaires aux paradigmes de traitement en profondeur utilisés pour étudier la mémoire explicite.

Après Graf et Mandler (1984), Williams et son équipe distinguent deux processus qui opèrent dans les représentations mentales : l'amorçage et l'élaboration. L'amorçage est automatique parce que le traitement d'un stimulus implique l'activation automatique de sous-composants multiples impliqués dans la représentation de ce stimulus. Le résultat est le renforcement de l'organisation interne de la représentation, rendant le mot plus accessible, c'est-à-dire que le mot apparaît plus facilement à la mémoire quand seulement certaines de ses caractéristiques ou composants sont présentées.

L'élaboration, un processus plus contrôlé, consiste à l'activation d'une représentation en relation avec des représentations associatives pour former de nouvelles relations entre elles et activer les anciennes relations. Le résultat de la diffusion de l'activation des associations produit par ce processus d'élaboration est de rendre le mot plus recouvrable, parce que cette élaboration génère les nouvelles voies et rétablit les anciennes (Williams et al, 1988). Cette double action de processus permet de faire la prédiction suivante : L'anxiété rend certains items plus accessibles et la dépression rend certains items plus recouvrables. Accessibilité et récupération (retrievability) peuvent ne pas corrélérer parce qu'elles dépendent de ces processus différents. Les biais dans l'anxiété et la dépression peuvent être indépendants parce que l'anxiété reflète en principe les différences dans les processus d'amorçage et la dépression dans les processus d'élaboration.

Si l'une essaie d'expliquer le biais dans l'amorçage ou l'élaboration, chaque étape du traitement doit pouvoir apprécier le degré affectif d'un item et allouer des ressources à l'item pour le traiter plus (ou moins) dans le prochain cycle de codage perceptuel (Neisser, 1976). Williams et ses collaborateurs (1988) font une distinction entre décision affective et allocation de ressource (fig. 11). Gérer l'allocation de ressources à l'étape d'amorçage du traitement

peut être évalué par des tâches telle que la sonde de point visuelle dans laquelle l'attention semble captée ou détournée de la localisation de la menace. Cette gestion à l'étape d'élaboration peut être testée dans des tâches de rappel libre où le nombre de mots négatifs rappelés reflètent la tranquillité avec laquelle les structures en place ou en construction lors du codage ou du recouvrement favorisent ou entravent les processus d'élaboration.

L'avantage d'un modèle qui différencie l'amorçage initial de l'élaboration subséquente est qu'il conduit à la distinction clinique entre l'anxiété (principalement caractérisée par l'hyper vigilance) et la dépression (caractérisée par la rumination sur les pertes, la procrastination et l'inertie). L'anxiété dans la vie quotidienne aide une personne à anticiper et éviter le danger. Le modèle met en évidence le système sous-jacent à l'anxiété, qui est un composant, un mécanisme, et qui réagit à un stimulus menaçant possible. Sur une route à grande circulation, le fait de ne voir qu'une partie d'une voiture dans un virage active la représentation de la voiture entière. De même, la queue d'un serpent ou l'oreille d'un tigre dans une jungle représenterait la totalité de l'animal. En ce sens, elle a une fonction adaptative. L'organisme a besoin d'entreprendre une action d'évitement rapide sans attendre pour élaborer une stratégie sur le stimulus. Cette élaboration pourrait interférer avec les actions immédiates pour s'échapper.

Au contraire, Les problèmes qui causent ou maintiennent la dépression n'exigent pas d'évitement rapide ou d'évasion. La dépression représente la fin d'un continuum d'inadaptation, la fin d'une certaine forme d'adaptation, aux pertes, à l'absence d'équilibre du système de récompense-punition du passé, à laquelle l'individu cherche graduellement des alternatifs. La dépression est donc une réponse à un événement ou une série d'événements qui, à long terme, exige un comportement stratégique de résolution de problème plutôt que d'évasion immédiate ou d'évitement. Ceci n'est pas surprenant, puisque les déprimés ne montrent pas beaucoup d'intérêt pour l'information négative. La dépression implique généralement un système qui prévoit et élabore des stratégies par des tentatives de résolution de problèmes antérieurs et leurs dénouements.

4.4. Différence fonctionnelle entre anxiété et dépression

La figure 11 résume au niveau fonctionnel le modèle de la relation entre cognition et émotion (Williams et al, 1988). Ce modèle présente les effets différentiels de l'anxiété (fig. 11a) et de la dépression (fig. 11b). Dans ces deux cas, le modèle distingue les effets des états transitoires des traits émotionnels plus durables. L'anxiété et la dépression reflètent la prise de décision affective et les processus d'allocation de ressources qui opèrent à des étapes différentes de traitement du système cognitif. Ainsi, les composants importants du modèle

constituent à chaque étape du traitement, un mécanisme de décision affective (MDA) et un mécanisme d'allocation de ressource (MAR). L'anxiété opère à l'étape pré attentive tandis que la dépression agit à l'étape d'élaboration. A chaque étape une décision est prise concernant la menace ou la valeur négative d'un événement. La relation entre une petite et une grande menace ou entre la négativité et l'allocation de ressource à chaque étape dépend de l'individu.

Pour l'individu dit « normal », ces appréciations sont maîtrisées, que la décision affective soit associée à la menace ou à la valeur négative d'un stimulus. Pour l'individu souffrant d'un trouble d'état, les mécanismes de décision affective sont biaisés de sorte que les sorties des MsDA sont anormalement amplifiées, mimant les effets soit d'une menace intense, soit d'un stimulus fortement négatif. Les effets « trait » sont expliqués en termes de tendance durable pour agir sur les sorties des MsDA par des voies particulières. En réponse à la sortie négative ou de grande menace, un individu peut diriger l'attention sur la menace ou l'en détourner.

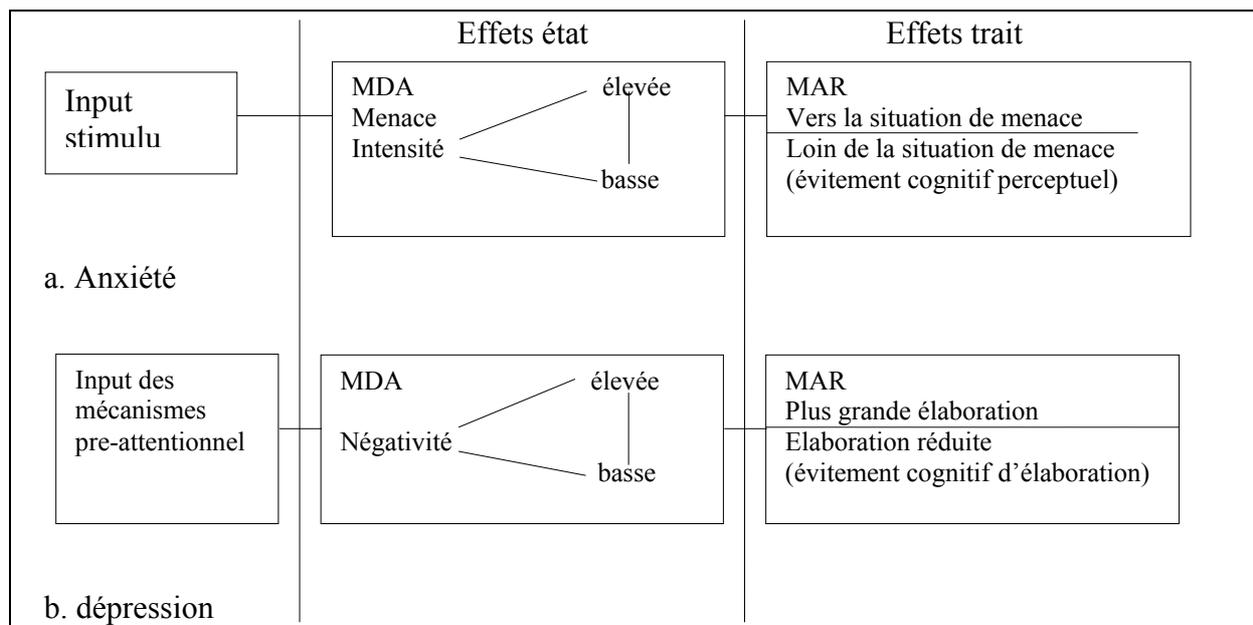


Figure 11 : Modèle d'effets « état » et « trait » dans l'anxiété (a) et la dépression (b) (Williams et al, 1987).

L'anxiété Trait est associée à une tendance durable d'allouer des ressources excessives au traitement d'une menace perçue. De même, les effets qui atteignent l'étape d'élaboration des items de forte négativité conduisent soit à augmenter, soit à réduire l'allocation de ressource. La dépression clinique peut être associée à une tendance durable d'élaboration plus grande de stimulus perçu négativement, et d'élaboration réduite de stimulus neutre ou positif.

Dans cette recherche Williams et son équipe (1992), proposent un modèle général pour comprendre les effets émotionnels sur les processus cognitifs. Ils montrent surtout comment les émotions, en particulier, les troubles émotionnels affectent la capacité d'accès et de récupération de l'information en mémoire. Comment un tel modèle peut être réalisé dans un réseau de neurones.

4.5. Implications cliniques

Les biais cliniques présentés relèvent des différents aspects du système de traitement de l'information. L'anxiété est associée à l'hypervigilance vis-à-vis de certains aspects de l'environnement, un phénomène qui peut être modélisé expérimentalement en utilisant le test de Stroop émotionnel (Watt et Sharrock, 1985) ou la tâche de sonde visuelle (Macleod et al, 1986).

La dépression ne semble pas être associée à ce biais d'attention, mais aux biais dans le souvenir. Alors que l'anxiété biaise le traitement automatique ou l'amorçage du stimulus, la dépression paraît biaiser les aspects contrôlés du traitement, c'est-à-dire, l'élaboration.

La preuve du rôle des neurotransmetteurs dans la dépression et l'anxiété a été établie à partir des travaux sur l'influence des traitements pharmacologiques (Lickey et Gordon, 1983 ; Bridgeman, 1988 ; Kolb et Wishaw, 1990). Pour la dépression, les antidépresseurs (tricycliques tétracycliques et les inhibiteurs monoamines oxydases) agissent sur les symptômes dépressifs et les systèmes affectifs des neurotransmetteurs. Cependant, on ne sait pas très bien quel est le système responsable de ces effets.

Les neurotransmetteurs telles que la dopamine, la sérotonine et la nor-épinéphrine sont impliqués ; bien que des antidépresseurs plus récents aient tenté d'atteindre spécifiquement un système, il y a des interactions complexes entre systèmes qui restent à clarifier. Le modèle suggère que le degré de l'humeur positive et négative ne corrèle pas toujours avec la dépression, et l'observation clinique montre que l'anhédonie n'est pas toujours présente dans la dépression. Ce qui est certain, c'est qu'il existe une dissociation entre l'anxiété et la dépression au niveau neurobiologique.

Dans l'anxiété, des systèmes transmetteurs différents sont impliqués. L'anxiété est associée au neurotransmetteur inhibiteur, l'acide gamma-aminobutyrique (GABA). La structure moléculaire des benzodiazépines est très similaire à celle du GABA (Gvish et Snyder, 1980). Ainsi, l'anxiété peut être due à une libération d'inhibiteur par de faibles concentrations de GABA. Aussi, le rôle de la nor-épinéphrine dans l'anxiété a été longtemps suspecté (Crow, 1968 ; Munro, 1986). Ce neurotransmetteur est distribué dans le cerveau à partir

d'un site appelé le locus cœruleus. Des lésions de ce site conduisent à une baisse de niveaux de nor-épinéphrine et un affaiblissement du nombre de tâches qui dépendent de la sensibilité de l'organisme à la punition et à la non-récompense (Gray, 1990). De plus, une preuve neurophysiologique montre que la nor-épinéphrine module la plasticité neuronale dans l'hippocampe de rat (Hopkins et Johnson, 1984).

En résumé, on peut dire que la dissociation comportementale entre l'anxiété et la dépression est directement observée au niveau neurobiologique et que les neurotransmetteurs impliqués ont des effets que le modèle exige.

L'avantage du modèle de Williams et al, est qu'il permet à la dissociation de se produire, mais ne l'exige pas. C'est un cadre de travail à l'intérieur duquel d'autres psychopathologies peuvent être examinées. Les processus d'amorçage et d'élaboration ont besoin d'être exercés indépendamment. Le besoin d'activité indépendante des deux composants du système cognitif constitue une des implications thérapeutiques importantes de la dissociation de l'amorçage et l'élaboration.

D'autres auteurs ont établi une distinction semblable. Brewin (1989), distingue les mémoires émotionnelles dans son étude sur les effets de la psychothérapie : certaines sont accessibles avec les situations et d'autres avec la verbalisation. Les cartes de mémoires accessibles avec les situations sont proches de l'amorçage automatique et celles accessibles avec la verbalisation sont proches de l'élaboration.

L'intérêt de la modélisation sur ordinateur est de rendre les modèles cognitifs plus précis et non de trouver directement des implications cliniques. La clinique est un environnement trop complexe pour être figé par des modèles d'états émotionnels de sujets anxieux particuliers ou d'un patient dépressif préoccupé.

Le modèle indique que la potentialisation due à la tonalité hédonique négative est contrebalancée par la tonalité positive. Dans ce cas, l'association d'événements positifs simultanément à des événements susceptible d'activer une dépression peut réduire la potentialisation de l'effet de ces événements négatifs. Est-ce que cela se produit cliniquement ? Sans doute. Ce fait est utilisé dans des techniques thérapeutiques : il existe un paradigme à plusieurs composants connu sous le nom de « contrôle coverant » (Homme, 1965). Certains « coverant » ou comportements cognitifs incompatibles avec divers comportements problématiques sont centrés sur les conséquences aversives (coverant négatifs) d'un trouble comportemental pour diminuer son apparition, tandis que les « coverant positifs » sont centrés sur les aspects désirables de la diminution

des comportements problèmes pour renforcer leur extinction. On peut citer également la désensibilisation systématique.

Une caractéristique centrale de la thérapie cognitive et comportementale de la dépression est l'enseignement des habilités pour aider à la distanciation vis-à-vis des pensées négatives et les ruminations.

Concernant le traitement antidépresseur, il modifie la quantité de neurotransmetteurs nécessaire aux synapses, perturbant l'équilibre de la tonalité positive et négative. Les antidépresseurs ne modifient pas la topologie du réseau à moins que l'individu ne bénéficie d'une amélioration d'humeur pour s'engager dans des activités de plaisir en dépit de leurs associations antérieures négatives. S'il ne profite pas de cet avantage, si on arrête le traitement antidépresseur, la rechute ou la récurrence est certaine (Williams et Aoksford, 1992).

C'est ce qui arrive chez un grand nombre de patients déprimés. L'avantage d'avoir un modèle capable de faire des prédictions précises sur les rechutes et les récurrences réside dans la possibilité de simuler l'interaction des traitements pharmacologiques et des thérapies qui modifient d'autres paramètres du réseau. C'est l'interaction de ces deux domaines qui reste l'un des champs d'investigation les plus intéressants de la psychologie cognitive.

5. Relation entre trouble de personnalité et dépression

Plusieurs recherches montrent que les effets des traits et des troubles de personnalité ont été identifiés dans des syndromes cliniques de la dépression. Un travail de Klein, Wonderlich et Shea (1993) expose un modèle intégré des perspectives, biologiques, cognitives, interpersonnelle-comportementale pour expliquer la relation personnalité-dépression. Ces auteurs plaident pour un modèle de prédisposition à la dépression quand celle-ci évolue à partir des problèmes de l'existence associés à la pathologie de la personnalité comme chez l'individu, passif-agressif, antisocial, ou borderline, confronté aux disputes interpersonnelles ; les traits histrioniques sont fréquemment associés à la manière dont l'affect dépressif est ressenti et exprimé par un sujet en dépression. A ce propos, ils utilisent le terme de « pathoplasticité » dans le cas où les caractéristiques de la personnalité non liées à la vulnérabilité due à un épisode dépressif (traits schizoïdes, ou paranoïaques) interfèrent avec l'aptitude d'un individu à établir ou maintenir une bonne relation thérapeutique ou développer des contacts sociaux positifs.

Pour mettre en évidence leur modèle, Klein et ses collègues ont sélectionné des groupes résiduels (avec dépression réactionnelle) et constaté beaucoup d'hétérogénéités en accord avec des caractéristiques de la

personnalité. Certains aspects de cette hétérogénéité apparaissent dans des modèles de relation personnalité-dépression.

5.1. Modèle de Pilkonis

Pilkonis (1988) définit des sous-types cliniquement significatifs à l'intérieur de larges gammes de pathologie (liés au caractère) susceptibles d'engendrer la dépression. Il pense que les conflits de personnalité (attachement) seraient causés par les problèmes de relations objectales précoces. Ces problèmes seraient à l'origine de la vulnérabilité à la dépression dans les situations de stress spécifique de la vie. Deux modes d'adaptation se développent à partir de ces conflits : (1) Dépendant, attachement anxieux ; (2) autonomie excessive, créant des vulnérabilités au stress (interpersonnel vs. perte de maîtrise et contrôle). Ces deux modes prédisposent l'individu à la dépression. (1) Un mode de l'enfance, d'attachement anxio-évitant conduisant à un pattern compulsivement indépendant et un mode adulte excessivement autonome dans lequel le risque de dépression augmente quand les besoins de maîtrise et de contrôle sont contrariés par des événements tel qu'un échec dans la réalisation personnelle ; (2) un mode de l'enfance contrastant, d'attachement anxio-ambivalent, conduisant à un mode adulte d'attachement anxieux, caractérisé par un besoin de dépendance excessive et de vulnérabilité à la dépression quand des stress interpersonnels ou des pertes surviennent.

Pour servir comme vulnérabilité ou facteurs de risque, ces modes d'expression de la personnalité développent aussi les conditions de la dépression (pathoplasticité) : le mode excessivement autonome favorise l'autocritique centré sur l'échec et la défaite ; les sujets plus dépendants se plaignent davantage de tristesse, de perte et d'abandon. Ces traits de personnalité influencent l'issue du traitement et le risque de symptômes résiduels (complications). Ce modèle recouvre à certains égards la distinction de Beck (1983) entre sociotropie et autonomie dans la dépression.

5.2. Modèle de Benjamin (1974, 1993)

Ce modèle est décrit comme un modèle général nommé « analyse structurale du comportement social » (SASB). Pour expliquer la relation entre trouble de personnalité et dépression, l'analyse se focalise sur deux processus clés, le processus interpersonnel et le processus intrapsychique. L'impuissance et l'autocritique en sont les causes communes. En effet, l'impuissance et l'autocritique, ou mode de développement et phénoménologie d'un sous-ensemble de troubles de personnalité sont considérés comme suffisants pour engendrer la dépression.

Le repli social ou le désengagement peut être également associé à la dépression, mais ces éléments sont considérés comme une réaction secondaire ou un mécanisme, une tendance plus fondamentale à se résigner. Ainsi, les états dépressifs peuvent être caractérisés par l'alternance de résignation et de détachement.

Pour ce modèle, l'influence la plus importante sur la personnalité serait due aux réactions précoces et l'apprentissage social avec les parents et les figures dominantes dans la vie de l'enfant. Les domaines d'apprentissage qui sont spécialement importants dans le développement des patterns sont : (1) Le développement de signification dans la performance ou la compétence interpersonnelle (comment les autres réagissent quand ils ne sont pas bien) ; (2) l'apprentissage de ce qui se passe en cas de maladie, de besoin, ou d'incapacité (comment les autres perçoivent le rôle de la maladie) ; (3) le développement d'identité (la relation entre le concept de l'individu par rapport au comportement actuel et la réalité) ; l'apprentissage des conséquences interpersonnelles de l'expression de l'affect.

L'impuissance, conceptualisée et mesurée dans le SASB par la résignation serait causée par la négligence parentale ou l'abandon ; elle empêche d'atteindre un objectif ; elle est aussi causée par un excès de domination parentale ou le contrôle. L'autocritique accroît l'intériorisation de la critique et l'attaque des parents ou des figures dominantes. Ainsi, l'impuissance/résignation et l'autocritique intériorisées constituent des causes communes de la pathologie de la personnalité et de la dépression, si bien que la relation de la dépression au trouble de la personnalité est déterminée par le degré dont les facteurs causaux communs sont présents dans le développement de l'individu. Dans ces conditions, la dépression sera plus prononcée dans les troubles de personnalité qui sont plus fortement marqués par l'impuissance et/ou l'autocritique.

Des modèles interpersonnels pour chaque trouble de personnalité sont proposés : les troubles impliquant le plus d'impuissance/résignation sont respectivement les personnalités dépendantes, borderline, obsessionnelle-compulsive, schizotypique, évitante et passive-agressive. Bien que les personnalités, histrionique et schizoïde se comportent aussi avec résignation par occasion, cette résignation est au service du contrôle, par conséquent, elle peut atténuer la dépression. La personnalité dépendante a la concentration la plus élevée de résignation et serait la plus vulnérable à la dépression. L'autocritique est prédominante chez le borderline, le narcissique, l'histrionique, l'évitant et le passif-agressif.

5.3. Modèles cognitifs.

Ces modèles proposent les croyances pathologiques (dysfonctionnelles) ou styles d'attribution comme des facteurs de prédisposition ou de vulnérabilité à la dépression. Les caractéristiques cognitives sont généralement considérées comme des traits stables qui sont des aspects de la personnalité.

Dans la théorie de Beck (1979), par exemple, les croyances irrationnelles sous-jacentes ou schémas, sont les produits des expériences de développement précoces. Deux types de croyances centrales sont décrites par Beck (1983) : La sociotropie dans laquelle les croyances dysfonctionnelles sont centrées autour du besoin d'amour et d'approbation (« je suis sans valeur si tout le monde ne m'aime pas »), et l'autonomie caractérisée par les croyances perfectionnistes (« si je fais une faute, je suis une personne sans valeur »). Beck et Freeman (1990) ont aussi étendu cette théorie directement au développement des troubles de personnalité. Nous y reviendrons.

Klein et ses collègues (1993) décrivent les liens, entre troubles de personnalité et dépression, qui sont imputables à la présence de schémas cognitifs qui les englobent, en accord avec le modèle de cause commune d'influence. Selon ces auteurs, ce qui distingue les troubles de personnalité de la dépression est que les schémas sont continuellement plus opératifs dans les troubles de personnalité, alors qu'ils sont plus intermittents ou latents dans la dépression. Par exemple, alors que le schéma, « j'ai besoin d'aide » sera saillant pendant un épisode dépressif pour un individu sans trouble de personnalité, ce schéma fait partie du traitement de l'information quotidienne de l'individu avec un trouble de personnalité dépendante. Ce recouvrement de schéma semble être le plus caractéristique du trouble de personnalité dépendante dans lequel le contenu des schémas et des croyances paraît le plus similaire à celui du sujet en dépression.

On peut également considérer les effets des éléments communs aux schémas et aux croyances comme des déterminants de troubles de personnalité et de dépression clinique. Mais chaque trouble de personnalité est aussi caractérisé par des schémas propres et des comportements associés qui opèrent sous forme de vulnérabilité ou de facteurs de risque pour la dépression dans des circonstances spécifiques. Par exemple, le trouble de personnalité narcissique est caractérisé par des croyances grandioses du sujet de sa propre importance et de ses attentes ; quand ces croyances sont défiées par des contradictions importantes avec la réalité, le sentiment de perte et l'humiliation qui en découle peut être l'élément déclenchant de la dépression. Le sentiment que tout lui est dû ou le manque d'empathie peut engendrer des pertes répétitives ou des conflits interpersonnels conduisant à la dépression. Pour le trouble de personnalité

obsessionnelle-compulsive, les schémas caractéristiques sont en rapport avec le perfectionnisme et le besoin de contrôle ; les circonstances qui menacent la signification du contrôle peuvent déclencher la dépression. Le comportement de manipulation et d'exploitation des personnalités antisociales ou la rage impulsive des borderline sont des éléments déterminants pour détruire les relations et entraîner des pertes répétitives.

Certains chercheurs remplacent le concept de schéma par le style cognitif. Par exemple, les théories de l'impuissance apprise et de désespoir appris proposent certains styles d'attribution comme des facteurs stables prédisposant à la dépression. De tels états sont caractérisés par la tendance à faire des attributions internes, stables, et/ou globales en cherchant la cause des événements négatifs et l'incapacité à changer les issues négatives, aussi bien que les attentes désespérées vis-à-vis de l'avenir (Abramson et al, 1978, 1989).

Actuellement, nous n'avons pas la confirmation que les attitudes dysfonctionnelles et les attributions sont des traits stables qui précèdent ou persistent au-delà des épisodes dépressifs. Cependant, Persons et Miranda (1990) ont développé « l'hypothèse d'état d'humeur » (mood-state hypothesis) selon laquelle les attitudes et les croyances seraient stables, mais latents ; c'est-à-dire qu'elles ne sont accessibles à l'individu que lorsqu'elles sont activées par un état d'humeur négative. Les recherches qui utilisent les études d'induction d'humeur soutiennent ce point de vue (Miranda et Persons, 1988 ; Miranda, Persons et Byers, 1990).

5.4. Dimensions de l'humeur et personnalité (Tellegen, 1985)

Le modèle de relation entre la dépression et la personnalité de Tellegen est issu des études empiriques pour identifier les dimensions principales de la personnalité et de l'humeur (Klein, Wonderlich et Shea, 1993).

Des méta-analyses des études antérieures d'analyse factorielle sur l'humeur auraient constamment révélé deux dimensions principales orthogonales de l'humeur que Tellegen rattache à des affects positifs et négatifs. L'affect positif est considéré comme un état d'engagement agréable et caractérisé par des termes comme « exalté », « actif », et « enthousiaste », opposés à « somnolent », « endormis » ou « paresseux ». L'affect négatif est défini comme un état d'engagement désagréable reflété par une évaluation élevée pour les termes, angoissé, peureux et hostile, et une évaluation basse pour « relaxé » et « calme ». Ces systèmes d'affect positif et négatif et leurs formes de trait parallèles qui sont l'affectivité positive et négative sont avancés par Tellegen comme responsables de l'influence des dimensions de la personnalité. Plusieurs études ont montré en effet que l'affectivité positive et négative sont

fortement corrélées respectivement avec l'extraversion et le neuroticisme (Tellegen, 1985 ; Meyer et Shack, 1989). D'ailleurs, selon Klein et ses collègues, des chercheurs ont défini la relation d'extraversion (l'assurance, la domination et la vivacité) comme des dispositions interpersonnelles spécifiques. Ces variables de la personnalité peuvent être construites comme intermédiaires entre l'expérience affective et le comportement interpersonnel.

Cette approche suggère que la personnalité et la psychopathologie sont organisées par et autour des processus affectifs communs, et que les concepts d'affect sont au centre des expériences de la personnalité et de la dépression, qui selon Klein sont mieux perçues comme intimement liées.

5.5. Structure de la dépression et de la personnalité

Selon Klein et ses collaborateurs (1993) le choix des concepts dans les deux champs (dépression, personnalité) quant à leur structure doit être fondé sur les modèles de base les plus empiriquement et pleinement développés possible. Ceci a été fait pour le comportement interpersonnel (Benjamin, 1974), les variables cognitives (Beck et al, 1990), les dimensions de l'humeur et la personnalité (Tellegen, 1985), mais l'exploration comparative des variables biologiques et des symptômes affectifs semble essentielle à la spécification future des liens et des processus impliqués. Un exemple d'une telle démarche est la distinction entre les patterns des marqueurs biologiques associés aux perturbations de l'axe hypothalamique-pituitaire-adrénergique accompagnant les épisodes dépressifs aigus (type 2) et les patterns associés aux perturbations plus chroniques dans le processus de régulation (type 1).

5.6. Spécificité contre généralité des relations

Klein et ses collègues (1993) abordent le problème de spécificité des relations dans la recherche psychopathologique. La plupart des modèles proposent des relations entre les variables qu'on espère à peu près spécifiques à la dépression ou à la personnalité. Cependant, quand ces modèles sont appliqués à un test empirique dans des sous-groupes cliniques sélectionnés, les variables qui reflètent la pathologie à un niveau plus général (facteurs G) ne sont pas sérieusement différenciées des relations plus spécifiques (facteurs S) qui ont un intérêt plus particulier. Klein suggère, par exemple, que la relation fréquemment trouvée entre les traits de personnalité liés au neuroticisme et la dépression puisse être plus attribuée au stress général qu'aux facteurs plus spécifiques au développement de la dépression.

Bien que ces facteurs G puissent en effet jouer un rôle important dans les processus pathologiques impliqués dans les relations personnalité-dépression,

leurs contributions ne peuvent pas nécessairement prendre la même forme ou impliquer les mêmes processus que ceux qui sont plus spécifiques aux relations personnalité-dépression. D'ailleurs, la variance des facteurs G peut cacher les relations entre les facteurs S forts qui sont le foyer réel des modèles. Selon Klein, en développant les modèles, on doit tenter de différencier ces facteurs à l'avance, pour mesurer chacun et choisir des groupes contrôles ou des méthodes d'analyse de résultats qui contrôlent de façon adéquate la variance du facteur G.

5.7. Modèle intégré de la relation personnalité-dépression (Klein, Wonderlich et Shea, 1993)

Comme une première étape dans le développement d'un modèle multi varié intégré pour les relations personnalité-dépression, ces auteurs proposent les modèles indiqués dans les figures 12 et 13. Plutôt qu'en suggérant une série de modèles opposés correspondant à chacune des différentes relations personnalité-dépression, cette approche intègre les variables des domaines théoriques différents impliqués comme modes d'influence (biologique, psychologique, social). Elle incorpore aussi les modèles de relations causales révisés (cause centrale, vulnérabilité, pathoplasticité, etc.). Avec l'intérêt grandissant des processus impliqués dans la dépression chronique et récurrente, les légères variations du modèle sont différentes pour le premier et les épisodes suivants.

5.7.1. Premier épisode du trouble

La figure 12 indique le modèle pour un premier épisode hypothétique d'un trouble :

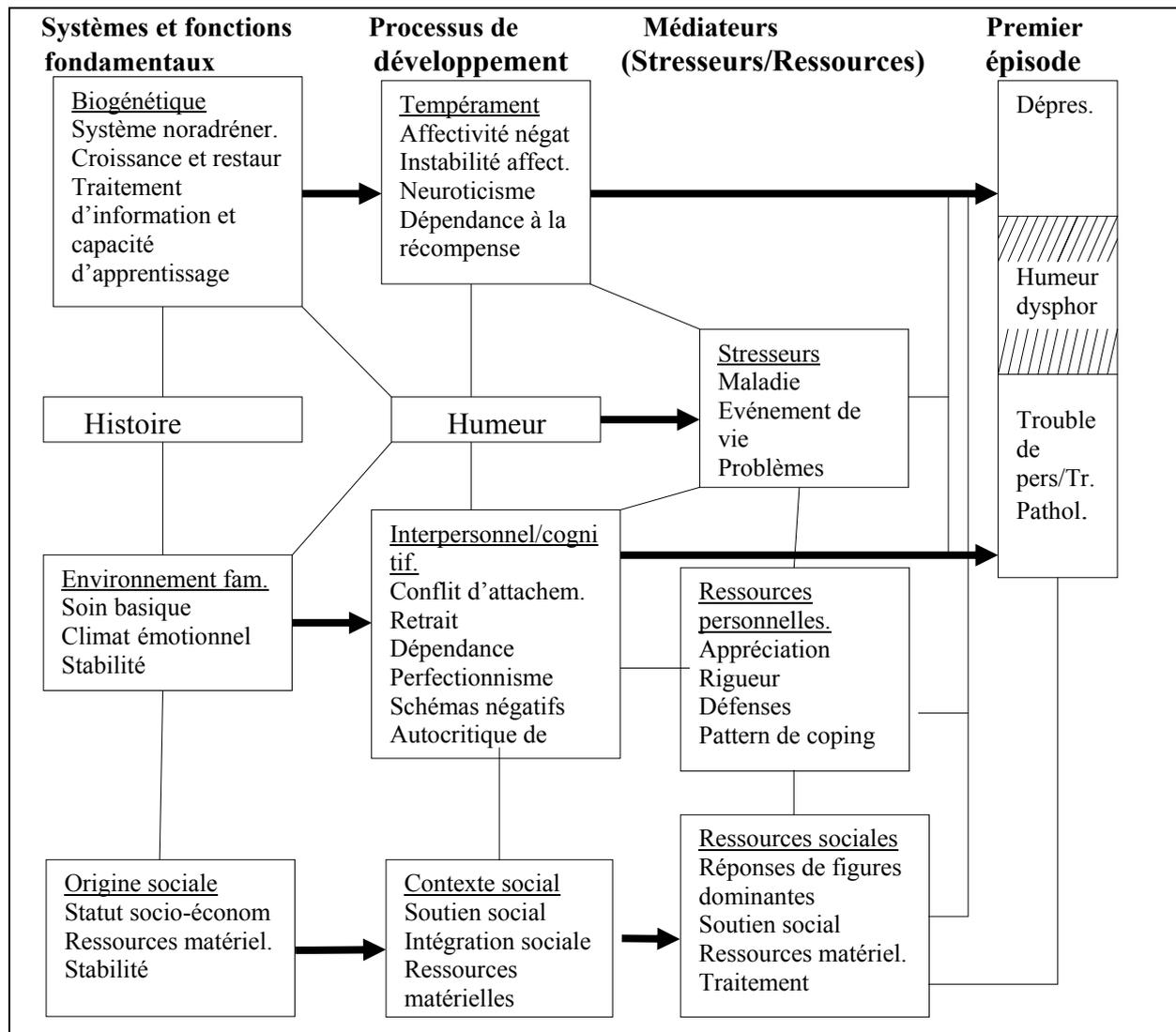


Figure 12 : Modèle intégré des relations personnalité-dépression : premier épisode. Les flèches foncées indiquent les effets plus forts ou plus directs (Klein, Wonderlich, Shea, 1993)

L'interaction des systèmes et fonctions fondamentaux, des processus de développement et des médiateurs contribue au développement du premier épisode. Dans celui-ci, les caractéristiques de la dépression et de la personnalité constituent un mélange qui varie dans le temps.

Les trois premières colonnes du modèle suggèrent une séquence de développement. Elles définissent des patterns alternatifs d'interaction entre les variables qui contribuent au développement de la condition clinique dans la quatrième colonne. Celle-ci est constituée par les caractéristiques de la dépression (qui varient dans le temps).

Les systèmes et fonctions se réfèrent aux déficits réels ou latents dans les capacités essentielles par lesquelles l'individu n'a pas de contrôle initial.

Les processus de développement sont directement influencés par les systèmes et fonctions fondamentaux.

Les concepts, tels que tempérament et interpersonnel / cognitif correspondent à deux conceptions du développement de la structure de trait de personnalité de l'individu. L'humeur est clairement influencée par les facteurs tempéraments et psychosocial ; elle sert de variables intermédiaire des relations entre la naissance des traits et leurs effets dans le modèle.

Dans ce modèle l'humeur est une variable intermédiaire majeure. Il est important de noter que l'observation clinique concerne aussi bien les symptômes de la dépression que de l'humeur dysphorique, et les troubles de personnalité.

La troisième colonne représente les facteurs qui ne sont pas eux-mêmes suffisants pour créer une condition clinique, mais qui opèrent principalement dans l'interaction avec les facteurs causaux ou les facteurs de vulnérabilité. En effet, les stressseurs peuvent être conçus comme des variables qui perturbent l'adaptation initiale ou jouer sur les perturbations accrues de processus ultérieurs ; les ressources sont conçues comme des facteurs qui atténuent l'effet des stressseurs. Ces relations sont représentées par les flèches touchant les flèches entre les processus et les états cliniques.

Les flèches des processus vers les médiateurs indiquent aussi les interactions possibles entre les vulnérabilités ou les perturbations initiales d'une part, et d'autres parts les stressseurs ou les ressources (l'individu avec des conflits interpersonnels spécifiques ou par tempérament peut précipiter certains événements de vie, le concept de l'individu ou les appréciations peuvent façonner des habilités de coping, etc.). Les flèches de la case des ressources sociales vers l'épisode clinique sont aussi utilisées pour indiquer les effets de ses variables externes, comprenant le traitement, sur le résultat.

Comme représenté, ce modèle comprend les variables qui sont relativement spécifiques aux connexions entre la personnalité et la dépression. D'autres cases dans le fondement de base, les processus de développement, et les colonnes intermédiaires pourraient être ajoutées pour indiquer des effets d'interaction plus complexes et/ou de pathoplasticité.

La colonne de premier épisode a été conçue pour englober une variété mixte clinique de la dépression et de trouble de personnalité, et aussi pour refléter la pathoplasticité et les effets de complication qui ont été proposés. En plaçant les symptômes de la dépression et de la pathologie de la personnalité dans des zones séparées, le modèle assure aussi les interactions à l'intérieur des conditions cliniques. Comme dans la colonne des processus de développement,

l'humeur est le médiateur entre les symptômes plus biologiques de la dépression et les traits plus psychologiques. Les conditions dans lesquelles la personnalité dépressive et/ou la dysthymie sont introduites dans la zone hachurée de recouvrement le plus large, montre que dans de telles conditions, la dépression et les traits de personnalité sont mélangés dans une même entité clinique.

5.7.2. Episodes suivants du trouble

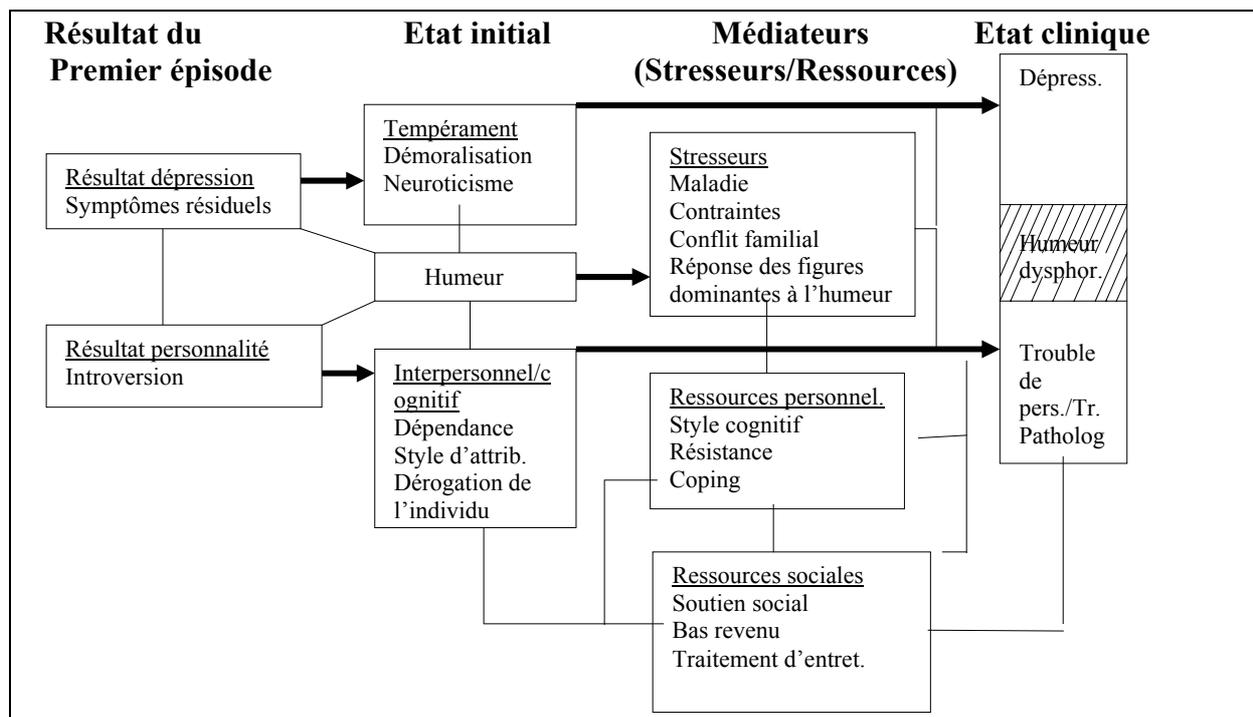


Figure 13 : Modèle intégré des relations personnalité-dépression : épisodes suivants.

La figure 13 est conçue pour mettre en évidence l'effet des épisodes antérieurs sur le fonctionnement actuel et indiquer les facteurs de risque pour les épisodes suivants. La qualité de recouvrement pour un épisode antérieur est supposée comme établissant une nouvelle ligne de base ou un état de processus ; ceci peut comprendre des niveaux récents ou accrus de traits de personnalité, telles que dépendance ou introversion, qui se développent comme complications des épisodes antérieurs et se poursuivent comme des facteurs de risque pour les épisodes futurs.

Il semble, dans des études antérieures, que le rôle des variables psychosociales dans la dépression ait été reconnu pour engendrer ou contribuer à celle-ci, notamment le style d'attribution ou la dépendance, sont plus probables pour être des facteurs résiduels des premiers épisodes qui augmentent le risque des épisodes suivants que pour être des causes de ces premiers épisodes (Barnett et Gotlib, 1988). Du fait que la plupart des recherches, biologique et psychosociale, aient été focalisées sur les échantillons de trouble aigu et/ou en

rémission, il est probable que les conclusions sur les prédicteurs, biologique et psychosocial, de la dépression reflètent les relations présentées dans la figure 13 plutôt que dans la figure 12.

Ces relations entre la dépression et les troubles de personnalité ont inspiré Beck pour améliorer sa stratégie thérapeutique. Par la suite, Young a introduit le concept de schéma précoce inadapté.

Chapitre III

Méthode des thérapies cognitivo-émotionnelles

Nous rappelons que l'objectif de cette étude est de participer à la recherche d'un fondement théorique cohérent des psychothérapies cognitives et émotionnelles, augmenter leur efficacité dans le traitement des troubles anxio-dépressifs.

Or les troubles de personnalité sont des troubles fréquents et souvent comorbides. Ils compliquent la prise en charge et la qualité du traitement des troubles de l'axe I. La méthode thérapeutique doit donc tenir compte des obstacles inhérents à ces troubles et tenter de les surmonter.

Pendant longtemps la thérapie non pharmacologique a été d'abord comportementale, ensuite cognitive par les travaux de Beck, et elle est devenue progressivement cognitivo-comportementale. Dans ce travail nous montrons qu'elle est cognitivo-émotionnelle et surtout comportemento-cognitivo-émotionnelle.

Bower et Cohen disaient en 1982 qu'en thérapie rationnelle émotive (Ellis, 1962) et dans la thérapie de Beck (1976), l'usage est de se concentrer essentiellement sur la découverte des croyances irrationnelles du patient avant leur mise à l'épreuve, leurs changements et leurs remplacements par des croyances moins « défaitistes ». Pour ces auteurs, le principe de base de la thérapie consiste en premier lieu aux évaluations émotionnelles dans le contexte des règles abstraites aux situations spécifiques. Changer directement ces règles, disent-ils, produit l'effet thérapeutique de changement sur les syndromes émotionnels inadaptés. Les modèles thérapeutiques les plus connus sont ceux de Beck et Young qui seront développés ici. Ils sont basés sur la théorie des schémas ; mais il est intéressant de se pencher également sur les modèles de réseau (Bower) pour avoir une représentation de la structure interne de ces schémas.

1. Modèle de Bower et Cohen (1982)

Ces auteurs soulignent l'importance du souvenir d'enfance lié au contexte émotionnel. Pour Bower (1978), dans la mémoire à long terme des « nœuds émotion » sont connectés au réseau sémantique. Il peut s'agir (dans ces nœuds) d'émotions spécifiques, colère, joie, tristesse, etc. qui se traduisent par des réponses cognitives (auto verbalisations), physiologiques et comportementales. L'activation de ces nœuds par des situations de perte, de séparation ou d'échec, peut déclencher une anxiété ou une dépression. Bower établit ainsi une

interrelation entre cognition, émotion et comportement dans les troubles anxio-dépressifs.

En 1986, Hautekeete et Vantomme se sont inspirés de ce modèle pour mettre au point une méthode thérapeutique destinée à désactiver les nœuds émotionnels dépressifs par l'activation du nœud antagoniste joie (plaisir) en vers des situations positives.

Ce modèle apparaît comme le complément idéal des modèles de Beck et de Young parce qu'il est l'un des premiers praticiens à mettre l'accent sur les émotions (voir premier chapitre).

2. Modèle de Beck

Beck (1964), introduit le concept de schéma dans le contexte de son travail sur un modèle de prédisposition au stress qui lierait celui-ci à la dépression. Il définit un schéma comme « un construct (cognitif) pour filtrer, coder et évaluer le stimulus qui affecte l'organisme ».

Sa clinique intègre les facteurs neurochimiques, éthologiques, développementaux, comportementaux, et cognitifs. Dans ce contexte, Beck stipule que les cognitions ne sont pas la cause ultime de l'anxiété, mais qu'elles jouent un rôle important dans le processus dysfonctionnel qui conduit à l'anxiété (Beck, Emery, 1985). L'individu réagit à l'évaluation de la situation et la façon d'y faire face (Lazarus, 1966).

Pour Beck, les schémas constituent les structures de base de l'organisation cognitive. Relativement stables, ils contiennent les connaissances et l'expérience passée d'un individu. Les schémas permettent de nommer, catégoriser, interpréter, évaluer et donner une signification aux objets et aux événements (Beck, Emery, 1985). Ils structurent l'organisation de l'information, la compréhension des événements, et influencent le rappel.

La théorie cognitive de la dépression de Beck soutient que des croyances erronées et un processus de traitement de l'information inadapté jouent un rôle important dans l'explication de la vulnérabilité et le maintien de la dépression (Beck, 1963, 1967, 1976). Ainsi, les gens qui ont des structures cognitives spécifiques et latentes risquent de faire une dépression si ces structures cognitives sont activées par des événements de vie négatifs (figure 14). C'est au moment où les structures cognitives sont activées que le traitement de l'information est modifié. Cette modification porte essentiellement sur les croyances que l'individu entretient envers lui-même, le monde et le futur.

Le modèle cognitif de Beck (1967, 1976) comprend trois concepts cognitifs : les pensées automatiques, la distorsion cognitive et la structure cognitive (fig. 14).

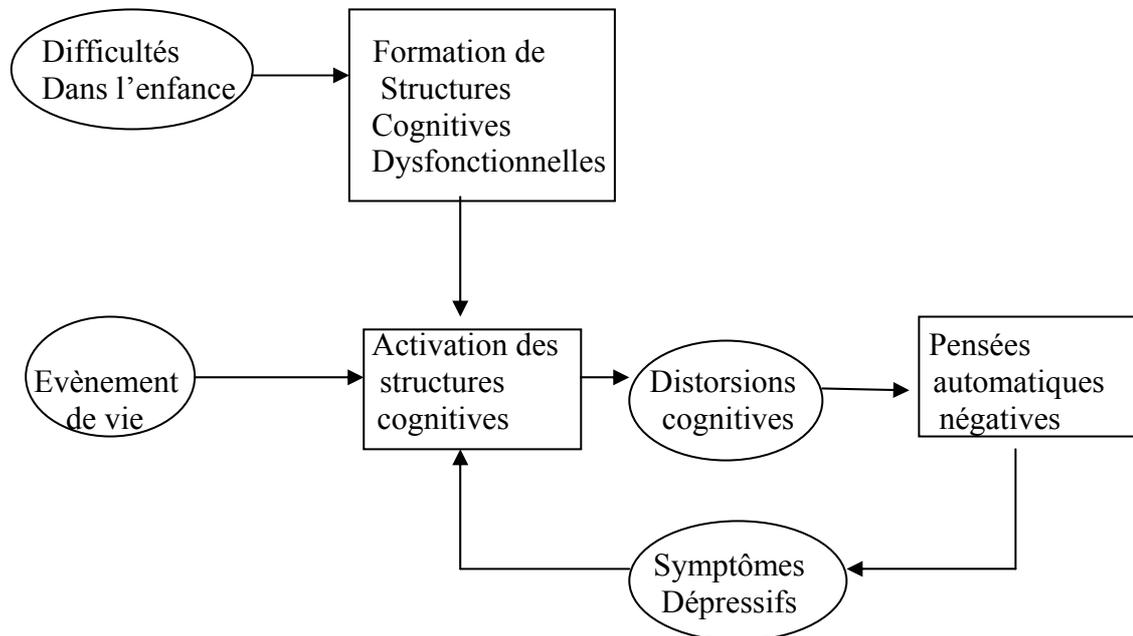


Figure 14 : Rôle des attitudes dysfonctionnelles et des événements de vie dans le modèle de dépression de Beck (Charlton & Power, 1995).

2.1. Structures cognitives

Dans la littérature, on trouve une définition commune à la théorie et à la recherche sur la dépression. Elle indique que la structure cognitive constitue un ensemble organisé de réactions et d'expériences du passé qui forme un tout cohérent et persistant de connaissances sur soi-même et le monde, et qui a la capacité de guider les perceptions et les évaluations subséquentes (Segal, 1988). En effet, il semble que ces structures cognitives influencent le fonctionnement des processus cognitifs. Les informations de sources internes ou externes sont perçues et interprétées d'une manière sélective, égocentrique et rigide, ce qui affecte en retour le codage et le rappel des informations provenant de l'environnement (Beck & Weishaar, 1989).

Les structures cognitives qui comprennent des attitudes rigides et inappropriées sur soi, les autres et le monde prédisposent ou rendent un individu vulnérable à la dépression. Selon le modèle de Beck, les structures cognitives dysfonctionnelles se forment à partir des expériences vécues dans l'enfance. Par exemple, la présence de critiques parentales excessives ou de punitions lors d'échec peut être à la base d'une règle personnelle telle que « je dois absolument réussir dans tout ce que j'entreprend ».

Les gens qui présentent des structures cognitives dysfonctionnelles n'ont pas ces croyances dans tous les domaines de leur vie, elles sont plutôt limitées à un ou deux domaines (Power, Katz, McGuffin, Duggan, Lam, & Beck, 1994). A ce propos, Beck (1983) a proposé de classer les sujets dépressifs en deux catégories :

- Les gens qui ont des problèmes impliquant principalement la sociabilité ou la dépendance sociale
- Les gens qui vivent des problèmes concernant l'individualisme ou l'autonomie.

De ces observations Beck introduit les concepts de sociotropie et d'autonomie. Pour Beck (1991), le concept de sociotropie se réfère à la préférence de la proximité et de la dépendance à l'intimité. De ce fait, un individu sociotrope recherche l'approbation et l'acceptation. Il tente de plaire aux autres afin de maintenir les relations interpersonnelles. Il est alors hypersensible aux événements qui contrarient l'affection ou le soutien issu de ces relations interpersonnelles. Quant au concept d'autonomie, il concerne l'individu soucieux d'indépendance, de mobilité et de liberté de choix. Ce sujet est préoccupé par l'accomplissement et l'action et préfère être indépendant des autres. Il n'aime pas demander de l'aide et est hypersensible aux événements qui empêchent ce besoin d'accomplissement.

Ces structures ne sont pas statiques, mais plutôt dynamiques et opérationnelles (Clark, Beck & Alford, 1999). La figure 22 montre que ce sont les difficultés dans l'enfance qui conduisent à la formation de structures cognitives spécifiques, qui en interaction avec les événements de vie peuvent susciter l'activation des structures cognitives. Quant aux distorsions cognitives, elles constituent le produit cognitif résultant de l'opération des structures cognitives.

2.2. Structures cognitives dysfonctionnelles et état dépressif

On peut se demander si le concept de structures cognitives dysfonctionnelles est un concept distinct de l'état dépressif, ou bien si les structures cognitives sont simplement une manifestation cognitive du syndrome dépressif. Certains travaux sont en faveur de deux concepts distincts (Segal & al, 1992 ; Joiner & Rudd, 1996). Selon Joiner et Rudd (1996), les structures cognitives ne sont pas des manifestations du syndrome dépressif. Pour vérifier cette affirmation, ils réalisent des analyses factorielles pour huit constructs liés à la dépression comprenant les attitudes dysfonctionnelles qui mesurent les structures cognitives. Les résultats des analyses exploratoires et confirmatoires

indiquent que les symptômes cognitifs et les symptômes physiologiques du syndrome dépressif (mesurés par le BDI) forment un facteur. Ce facteur, bien que lié aux attitudes dysfonctionnelles, en est empiriquement distincts (Joiner & Rudd, 1996).

Dans le même sens, l'étude de Segal et ses collaborateurs (1992) souligne que les sous échelles des attitudes dysfonctionnelles (DAS) mesurent des caractéristiques de la personnalité et non pas une humeur dépressive. Les chercheurs ayant obtenu les données à l'échelle DAS à six moments différents au cours de la rémission et de la rechute, ont effectué des analyses de corrélation entre l'intensité de la symptomatologie dépressive et chacune des sous échelle DAS aux six temps de mesure.

Tous les indices de corrélation varient de 0,12 à 0,34 et n'étaient pas significatifs, à l'exception du score à l'échelle d'autocritique du temps 5 ($r = 0,49$; $p < 0,001$), qui correspond à 10 mois après l'admission dans l'étude. Les scores à l'échelle DAS n'étaient donc pas significatifs avec la symptomatologie dépressive, ce qui constitue un argument en faveur de la distinction entre les attitudes dysfonctionnelles et la symptomatologie dépressive.

A l'origine, la théorie de Beck disait qu'une personne vulnérable présente encore les structures dépressogènes même lorsqu'elle ne souffre plus de symptômes dépressifs. A moins d'un effort concerté pour modifier les structures comme dans une psychothérapie, ces structures devraient persister en dehors des épisodes dépressifs. Pourtant, certains résultats de recherche indiquent que les structures dysfonctionnelles ne sont pas présentes lorsqu'une personne ne souffre plus de symptômes dépressifs. Deux explications sont possibles :

- On pourrait évoquer un problème de mesure, c'est-à-dire que les instruments de mesure existant (DAS) évaluent les symptômes dépressifs plutôt que les structures dysfonctionnelles.
- Il est possible que les structures ne soient pas apparentes avant d'être amorcées ou activées. Pour tester cette dernière hypothèse certains chercheurs utilisent une méthode d'induction de l'humeur dépressive à l'aide d'une stratégie d'amorçage.

Les études qui ont utilisé cette méthode n'ont pas montré que ce genre d'amorçage peut activer les structures négatives (Blackburn & Smyth, 1985 ; Higgings, King & Mavin, 1982). D'autres travaux empiriques ont toutefois montré que l'induction d'une humeur dépressive chez les sujets qui ont déjà vécu un épisode dépressif dans le passé permet l'activation des structures cognitives (Miranda, Persons & Byers, 1990 ; Roberts & Kassel, 1996).

Hedlund et Rude (1995) ont fait une étude, intitulée « preuve des schémas dépressifs latents chez les anciens déprimés ». Dans cette étude, les deux auteurs ont comparé des anciens déprimés (FD), des déprimés courants (CD) et des sujets qui n'ont jamais été déprimés (ND). Ces sujets ont subi des tests de traitement de l'information.

Les hypothèses de différence entre les FD et les ND, et entre les CD et les ND ont été confirmées. Le traitement de l'information des FD est significativement plus négatif que celui des ND. Celui des CD est aussi plus négatif que celui des FD. Ces résultats indiquent que le traitement cognitif dépressif n'est pas seulement lié à la dépression, mais qu'il peut être observé chez les sujets vulnérables, même s'ils n'ont plus de symptômes dépressifs. Ils constituent un argument important pour l'hypothèse de Beck (1979, 1984) selon laquelle un schéma cognitif dépressif est un facteur des symptômes récurrents de la dépression.

2.3. Distorsions cognitives

L'activation des structures cognitives conduit à une élaboration sélective des caractéristiques négatives des événements de vie, ce qui en retour amène une interprétation et une évaluation négative du contexte environnemental. En effet, les interprétations ou évaluations forment le produit des schémas ou structures cognitives qui dominent les processus du traitement de l'information (Clark, Beck & Alford, 1999).

Les distorsions cognitives se rapportent au produit d'un mauvais fonctionnement des processus cognitifs normaux qui conduit à une interprétation biaisée de la réalité objective, ce qui en retour confirme les attentes négatives du déprimé. Beck et Weishaar (1989) ont distingué six types de distorsions cognitives : inférence arbitraire, abstraction sélective, surgénéralisation, maximisation ou minimisation, personnalisation et pensées dichotomiques. Comme le montre la figure 15, la présence des distorsions cognitives conduit à l'activation des pensées négatives.

2.4. Pensées automatiques négatives

Le terme automatique signifie que ces pensées apparaissent sans que l'individu en soit conscient et sans questionner la validité du contenu. C'est-à-dire que l'individu n'exerce aucun contrôle sur ces pensées. Elles sont spécifiques et distinctes. La présence de pensées automatiques incite le sujet à se percevoir comme un être sans valeur et indésirable qui s'attend à vivre des échecs et des rejets (Segal, 1988). Ainsi, ce sujet considère ses pensées comme étant plausibles et réelles. Quoique les pensées automatiques soient contraires à

une évaluation objective de la réalité, celles qui influencent grandement le comportement comportent habituellement la plus grande idiosyncrasie. Ces pensées automatiques qui précèdent l'éveil émotionnel et physiologique sont des distorsions de la réalité beaucoup plus fortes que les autres formes de pensées (Emery & Tracy, 1987). Ainsi, si l'on se réfère à la figure 14 (voir page 87), la flèche qui relie les pensées automatiques négatives aux symptômes dépressifs, signifie que les pensées automatiques négatives précèdent directement l'apparition des symptômes dépressifs. Il s'agit d'un modèle de diathèse du stress qui stipule que la dépression survient par suite de l'activation des structures cognitives latentes par des événements de vie négatifs.

Pour ce qui concerne les processus de base qui sont impliqués, le modèle fait essentiellement la même prédiction quelque soit l'épisode dépressif, sans considération particulière pour le premier ou les épisodes suivants. Abramson et ses collègues (1999) suggèrent que l'hypothèse de vulnérabilité s'applique aussi bien à la récurrence qu'à l'apparition d'un premier épisode. Ce qui implique que des processus similaires sous-tendent, au moins en partie, l'apparition d'un premier épisode et les épisodes dépressifs subséquents. Ingram et ses collaborateurs (1998) nuancent cette hypothèse. Pour ces auteurs, les dépressions répétées augmentent la probabilité d'activation des patterns cognitifs de la dépression et une généralisation de ces patterns à un plus grand nombre d'événements de vie. D'ailleurs, la figure 15 indique une relation entre les symptômes dépressifs et l'activation des structures cognitives. La flèche de cette relation indique que la présence d'une activation répétée d'une structure cognitive par un nombre varié de stimuli peut abaisser le seuil d'activation de cette structure en augmentant la susceptibilité de vivre des symptômes dépressifs et même conduire à une rechute ou une récurrence de l'épisode dépressif.

2.5. Disponibilité versus accessibilité des structures cognitives

Dans un travail portant sur la stabilité des structures cognitives, Ingram et ses collègues (1998) établissent une distinction entre la disponibilité et l'accessibilité des structures cognitives. Selon les auteurs, la disponibilité indique la présence ou la possessions de certaines structures cognitives alors que l'accessibilité signifie qu'une structure est présente, accessible et qu'elle a un impact continu sur les processus d'information.

Le modèle cognitif de diathèse du stress ne soutient pas la présence de structures cognitives accessibles en tout temps. D'ailleurs, tel que le précisent Ingram et ses collègues (1998), plusieurs courants de pensée clinique suggèrent que certaines représentations de soi (telles que les structures cognitives) sont disponibles sans être pour autant accessibles ou opérationnelles à un moment donné.

Le premier modèle cognitif de Beck (1963, 1967) postule que les individus vulnérables à la dépression possèdent des structures dysfonctionnelles latentes (donc disponibles, mais pas nécessairement accessibles) qui sont activées (donc accessibles). Comme le soulignent Ingram et ses collègues (1998), l'essentiel du modèle cognitif de diathèse du stress est qu'il existe une structure latente qui, une fois activée amène à traiter l'information sur soi de façon négative, ce qui conduit au déclenchement de la dépression.

Plusieurs chercheurs ont testé cette hypothèse de la stabilité de ces structures en comparant les scores à des échelles qui mesurent les attitudes dysfonctionnelles à deux moments, soit lorsque les sujets sont déprimés, soit lorsqu'ils sont en rémission. Ces études montrent que le score total est significativement plus élevé lorsque les sujets sont déprimés que lorsqu'ils ne sont pas déprimés (Eaves & Rush, 1984 ; Silverman & Eardley, 1984 ; Simon, Garfield & Murphy, 1984). Des résultats similaires sont obtenus par Williams, Healy, Teasdale, White et Paykel (1990). Ces résultats laissent donc supposer qu'une structure est latente lors de la rémission, et activée lors d'un épisode dépressif.

Toutefois, cette hypothèse de latence des structures cognitives lors de la rémission est controversée. Elle a été critiquée, entre autres, par Power et Champion (1986) qui indiquent que les croyances dysfonctionnelles liées aux préoccupations (ou objectives) d'un individu, et qui sont le reflet des structures dépressogènes devraient être autant actives durant l'épisode de dépression majeure que lors de la guérison (recovery) étant donné l'importance qu'elles ont pour l'individu (1987). Cette hypothèse a été appuyée en partie par une recherche plus récente de Power, Duggan, Lee et Murray (1995). Dans cette recherche, le score total des attitudes dysfonctionnelles mesurées par le DAS-24 exprimait des notes normales pendant la phase de la rémission. Toutefois, l'examen des scores aux sous échelles DAS a montré que les sujets dépressifs en rémission ont obtenu un score significativement plus élevé pour le facteur de dépendance que les sujets qui n'ont jamais souffert de dépression. Ceci suggère que les attitudes dysfonctionnelles liées à la dépendance peuvent persister au cours de la rémission. On peut alors dire que la survenue d'un événement stressant peut susciter une rechute chez une personne par réactivation de la structure latente.

Certains chercheurs se sont penchés sur l'importance des caractéristiques de la dépression pour l'activation des structures. Les travaux de Hammen, Miklowitz et Dyck (1986) ont montré que la sévérité et la durée de l'épisode dépressif précédent peuvent influencer la force d'activation des structures cognitives négatives. De même, lorsque les sujets en dépression majeure sont

comparés à d'autres groupes, tels que les sujets en rémission et ceux qui n'ont jamais souffert de dépression, ils obtiennent des scores significativement plus élevés sur des échelles qui mesurent les attitudes dysfonctionnelles (Gotlib, Lewinsohn, Seeley, Rohde & Redner, 1993). Il semble alors probable que dans le cas d'une dépression majeure, les structures cognitives qui ont été fortement activées puissent être facilement réactivées lors de la rémission.

Les résultats de ces travaux fournissent des informations intéressantes sur la stabilité des structures cognitives. Toutefois, comme il a déjà été souligné, l'étude d'un modèle cognitif de diathèse du stress ne nécessite pas que les structures cognitives soient stables dans le temps, c'est-à-dire que les structures soient fortes lors de l'épisode et persistent lors de la rémission. En effet, Ingram et ses collaborateurs (1998) ont apporté un éclaircissement à ces propos. Ils expliquent qu'en supposant que les facteurs cognitifs soient toujours opérationnels, et persistant après l'épisode dépressif, ceci nous amènerait à conclure qu'aucun phénomène de rémission n'est possible. Si pour avoir une signification causale les facteurs doivent toujours être détectables et donc opérationnels, les gens devraient être toujours déprimés. Il semble donc préférable d'examiner les structures cognitives dans le contexte de structures disponibles qui peuvent être activées en présence d'un événement de vie congruent.

Les résultats de l'étude de Power et ses collègues (1995) ne permettent pas, toutefois, de comprendre pourquoi les structures cognitives liées à la dépendance demeurent actives pendant la rémission des symptômes dépressifs. Selon Robins et Heyes (1993), la structure dysfonctionnelle la plus importante à travailler en thérapie est souvent la structure interpersonnelle puisque plusieurs des difficultés présentées par les patients en thérapie sont le reflet d'une structure interpersonnelle qui est active. A ce sujet, Safran (1990) et Safran et Segal (1990) ont mentionné que de telles structures tendent à persister parce qu'elles influencent les comportements des sujets qui, par voie de conséquence vivent des situations interpersonnelles qui renforcent la structure (rétroaction positive). L'existence d'un cycle cognitif interpersonnel suggère ainsi que les structures cognitives peuvent intervenir non seulement lors de l'interprétation d'une situation, mais aussi dans la création de situations interpersonnelles congruentes avec la structure.

Ces dernières années, plusieurs études sont réalisées sur la théorie cognitive de la dépression de Beck. Rappelons que Beck a fait l'hypothèse que les symptômes cognitifs de la dépression précèdent réellement les symptômes affectifs et de l'humeur. Selon Beck, ce qui est central à la dépression ce sont les pensées négatives. Pour comprendre ce phénomène, plusieurs études sont

effectuées sur les pensées automatiques, les polarisations et les déformations, ou sur le modèle cognitif de la dépression...

La théorie de Beck est divisée en trois aspects principaux qui concernent l'événement avant et pendant la dépression. C'est une théorie cognitive qui traite essentiellement les perceptions cognitives du cerveau, par opposition aux théories comportementales encore populaires dans les années 60. Beck soutenait que les pensées automatiques négatives, produites par les croyances dysfonctionnelles sont la cause des symptômes dépressifs.

2.6. La théorie cognitive de la dépression de Beck et les croyances dysfonctionnelles fondamentales

L'argument principal de Beck est que la dépression est causée par la vision de l'individu et cette vision négative n'est pas due à la dépression. Ceci a de grandes implications sociales dans la manière dont cet individu se perçoit dans un groupe et rapporte ses raisons de mécontentements.

Ce phénomène a été étudié par Abela et D'Allesandro (2002). Sur des admissions des étudiants à l'université, ces auteurs ont constaté que la vision négative du futur de l'étudiant contrôle l'interaction entre les attitudes dysfonctionnelles et les variations de l'humeur. Ainsi, l'étudiant susceptible de développer une dépression due aux attitudes dysfonctionnelles serait celui qui ne serait pas accepté dans l'université de son choix et qui douterait de son futur. Ces pensées mèneraient aux symptômes de la dépression. Dans cette expérience, ces auteurs soupçonnent l'existence d'autres facteurs non encore expliqués.

Une autre étude a été réalisée sur l'échelle de sociotropie autonomie par Sato et McCann (2000). Cette échelle a pour but d'identifier les sentiments des individus susceptibles de mener à la dépression, en particulier, à l'insensibilité à la solitude, à l'indépendance, et l'accomplissement de l'individualisme. Les résultats de cette étude ont montré que l'indépendance n'est pas corrélée à la dépression et la sociotropie, et que l'autonomie n'est pas un précurseur de la dépression.

Pour ces auteurs, la sociotropie peut être caractérisée par l'insistance d'un individu sur les interactions interpersonnelles ; elle peut impliquer l'intimité, le partage, l'empathie. La sociotropie concerne aussi l'importance de la recherche d'approbation, d'affection, de protection, de conseils et de l'aide d'autrui, et l'évitement de la désapprobation des autres autant que possible. La corrélation est très forte entre la sociotropie et la dépression, en particulier, lorsqu'elle concerne des pensées et des émotions fondamentales (Sato & McCann, 2000).

2.7. La triade cognitive négative de Beck

Une autre manière de voir ces pensées cognitives est par la triade cognitive négative de Beck qui explique que les pensées négatives sont produites sur l'individu lui-même, le monde et le futur.

Brown et ses collègues (1995) ont réalisé une étude sur des étudiants ayant obtenu de mauvaises notes à un examen. Les résultats obtenus sur l'échelle DAS suggèrent qu'une construction spécifique interagit avec un facteur de stress congruent pour prédire des augmentations de symptômes dépressifs. Ces étudiants auraient des pensées négatives sur leur avenir parce qu'ils ne croient pas à leur chance de passer en classe supérieure. Les pensées négatives sur le monde s'expliquent par le fait que ces étudiants pourraient s'inscrire sans pour autant apprécier les études à l'université, et finalement des pensées négatives sur eux-mêmes parce qu'ils se disent qu'ils ne méritent pas d'être à l'université.

2.8. L'inventaire de dépression de Beck (BDI)

Une étude faite par Boury et ses collègues (2001) a mis à l'épreuve la théorie de Beck en surveillant les pensées négatives de l'étudiant avec le BDI. Cette étude montre que les dépressifs interprètent mal des faits et des expériences (d'une manière négative), limitant leur analyse aux aspects négatifs des situations, entraînant ainsi un sentiment désespéré du futur. Ces auteurs ont mis en évidence la relation entre les pensées négatives et la sévérité des symptômes dépressifs. Les résultats ont montré une corrélation significative entre le BDI, le nombre de pensées automatiques, le nombre de croyances centrales, et les différents types de croyances centrales.

Pour Boury et ses collègues (2001), les effets de la pensée cognitive négative sont à nouveau avérés pour prolonger la dépression et constituent des symptômes dans un groupe. La théorie de Beck a permis de construire un BDI utilisé pour mesurer la dépression dans beaucoup d'études. Celle de Saisto et ses collègues (2001) a tenté de montrer comment les différentes approches des mères dans les prises de décision pourraient empêcher la dépression courante compte tenu de l'importance des événements de vie précoces. Ils ont supposé que si l'individu définit des buts centrés sur lui-même, il serait capable de penser rationnellement sa situation. Comme attendu, les résultats des analyses ont montré que les mères qui ont ajusté leurs buts personnels aux demandes à des étapes spécifiques, particulières à la transition de la maternité, ont montré une diminution des symptômes dépressifs, tandis que celles qui n'ont pas mis en adéquation leurs buts et de telles demandes, qui se sont concentré uniquement sur le traitement, ont montré une augmentation des symptômes dépressifs. Ainsi,

le sujet qui définit un but raisonnable peut éviter les modèles négatifs de pensée ; beaucoup de théories modernes de la dépression sont basées sur le modèle cognitif de Beck (Saisto & al, 2001).

2.9. L'inventaire cognitif de la triade de Beck

McIntosh et Fischer (2000) ont réalisé une étude sur la triade cognitive de Beck. Ces auteurs ont essayé de voir s'il y avait réellement trois pensées négatives distinctes en utilisant l'inventaire cognitif de triade (CTI). Ils ont constaté qu'il n'y avait pas de séparation claire des pensées négatives. Par contre, il existe une vision négative unidimensionnelle singulière de l'individu.

Pour ces auteurs, les données actuelles sur le CTI suggèrent que les composantes de la triade ne sont pas des facteurs discrets, mais plutôt des facteurs généralement saturés par un facteur dominant simple qu'ils ont appelé « attitude négative appropriée à l'individu ». Par conséquent, il ne semble pas nécessaire de retenir chacun des trois domaines de la triade en tant que dimensions séparées pour représenter la structure latente de la connaissance dépressive dans le cadre de la théorie de Beck (McIntosh & Fischer, 2000).

La théorie de Beck stipule que la croyance dysfonctionnelle fondamentale peut servir de diathèse à l'occurrence de la dépression. Selon Beck, cette croyance porte sur une triade cognitive négative qui se compose de pensées sur l'individu lui-même, son environnement, et son futur.

En résumé, la théorie cognitive de Beck (qui a fait l'objet de nombreux ouvrages) se caractérise par des biais cognitifs et des distorsions.

La partie clé de la théorie est non seulement que le sujet perçoit des croyances sous-jacentes négatives, mais aussi que ses croyances tombent dans un certain domaine qui les sépare d'autres troubles comme le trouble panique et le trouble anxieux en général. Par exemple, ces troubles n'échappent pas au raisonnement polaire, à l'abstraction sélective, et à la surgénéralisation. De tels sentiments favorisent l'échec dans le premier et le dernier, et la perte dans le second. Le raisonnement polaire (dichotomique ou du tout ou rien) est extrême, même si une légère renonciation de protection est considérée comme un échec. L'abstraction explique que les succès sont ignorés et perdus pour le sujet qui ne reste seulement qu'avec la tristesse. La surgénéralisation implique un appauvrissement et suppose l'échec dans toutes les choses relatées. Ainsi, les sentiments principaux de la dépression selon Beck sont l'échec et la perte.

Dans une étude faite par Beck lui-même avec Clark et Brown (1989), il tente de confirmer cette conception sur des patients psychiatriques en

ambulatoire. Il trouve que l'hypothèse à contenu spécifiquement cognitif est fortement soutenue par cette étude : les pensées de perte et d'échec sont exceptionnellement prédictives de la dépression, tandis que les cognitions de mal et de danger sont spécialement associées à l'anxiété. Ici « Beck lui-même est en train de travailler pour renforcer des aspects de sa théorie ». Beck est soucieux, écrit le groupe d'auteurs, de nous mettre en garde cependant que ses découvertes sont non seulement des pensées cognitives des sujets, mais que « l'orientation temporelle » des pensées cognitives doit être examinée aussi dans le but de bien spécifier en toute confiance une relation cognitivo-affective. Si les patients anxieux ont un sentiment d'échec, celui-ci n'est pas lié à la dépression, mais à l'importance des sentiments pendant et après une attaque anxieuse.

Hewitt et ses collaborateurs (2003) tente d'améliorer l'introduction du raisonnement dichotomique de Beck considéré comme « un combustible » de la triade cognitive négative. Ils expliquent que la crainte de l'échec est une source de motivation primaire du perfectionnisme fondamental, car dans la littérature de la motivation d'accomplissement, cette crainte de l'échec représente un motif d'action d'évitement basé sur l'anticipation de la honte et l'humiliation liées à l'échec. Ils notent trois formes de perfectionnismes : le perfectionnisme orienté vers l'individu, le perfectionnisme orienté vers autrui et le perfectionnisme prescrit par des conventions sociales. Dans le modèle de Beck, ces trois formes de perfectionnisme sont combinées et regardées comme influençant de la même manière le développement et l'entretien de la dépression. En fait, les attentes perfectionnistes de l'individu sur lui-même et les dynamiques perfectionnistes interpersonnelles sont conceptualisées comme trois traits distincts de personnalité (Hewitt & Flett, 2003).

Les résultats de Hewitt et ses collaborateurs (2003) permettent de clarifier la conception dominante selon laquelle le perfectionnisme a trait à la dépression en termes de théorie de Beck. Contrairement à l'idée largement répandue des attitudes perfectionnistes comme une représentation bien définie des caractéristiques liées à soi, il existe un perfectionnisme imposé socialement qui est le plus fortement lié aux attitudes perfectionnistes. On peut donc dire que la théorie de Beck a été élargie avec une autre théorie dans le domaine de la psychologie cognitive. Elle s'étend également au fait que ces cognitions négatives sont alimentées par des distorsions du rationnel, tels que le raisonnement en tout ou rien, l'abstraction sélective, et la surgénéralisation.

Pour décrire les troubles affectifs, Beck utilise en 1967 (dépression) et en 1985 (anxiété) le terme de croyance dysfonctionnelle. Avec Freeman (1990), il décrit un modèle cognitif de trouble de personnalité dans lequel les schémas jouent un rôle important. Mais pour Beck, les schémas dans ces troubles

diffèrent dans plusieurs de leurs caractéristiques de ceux que l'on observe dans les troubles affectifs (tableau 1).

TROUBLE DE PERSONNALITE	REGARD SUR SOI	REGARD SUR LES AUTRES	PRINCIPALES CROYANCES	PRINCIPALES STRATEGIES
Évitante	Vulnérable à la dépréciation au rejet. Socialement inapte Incompétent	Critiques Méprisants Supérieurs	C'est terrible d'être rejeté, Rabaissé. Si les gens Me connaissent Vraiment, ils me rejeteront. Ne tolère pas les sentiments désagréables	Évite d'évaluer les situations. Évite les sentiments ou les pensées désagréables.
Dépendante	Nécessiteux Faible Impuissant Incompétent.	(idéalisés) Prévenants Soutiens Compétents	Besoin des gens pour survivre, être heureux. Besoin constant de soutien, d'encouragement.	Cultive les relations dépendantes.
Passive - agressive	Autonome Vulnérable au contrôle, à l'intervention	Intrusifs Exigeants Qui interviennent Qui contrôlent Qui dominent.	Les autres interviennent dans ma liberté d'action. Contrôlé par les autres est intolérable. Faire les choses à ma manière.	Résistance passive. Soumission superficielle. Frauder, contourner les règles.
Obsessionnelle - compulsive	Responsable Redevable Difficile Compétent.	Irresponsables Désinvoltes Incompétents Indulgents avec eux - mêmes	Je sais ce qui est meilleur. Les détails sont très importants. Les gens devraient faire mieux, essayer avec plus d'acharnement.	Application des règles. Perfectionnisme. Évaluer, contrôler, donner des conseils, censurer, punir
Paranoïaque	Rigoureux Innocent, noble Vulnérable	Qui interviennent Malicieux Discriminatoires Motifs abusifs	Les mobiles sont suspects Être sur ses gardes Ne pas faire confiance	Méfiance Chercher les mobiles cachés. Accuser Contre - attaquer
Antisociale	Un solitaire Autonome Fort	Vulnérables Qui exploitent	Avoir le droit de violer les règles. Les autres sont dupes, peureux. Les autres sont des exploiteurs	Attaquer, frauder Tromper, manipuler
Narcissique	Spécial, unique, mérite des règles spéciales ; supérieur Au – dessus des règles.	Inférieurs Admirateurs	Puisque je suis spécial, je mérite des règles spéciales. Je suis au – dessus des règles. Je suis mieux que les autres.	Utiliser les autres. Aller au – delà des règles Manipuler Compétitif.
Histrionique	Charmeur Impulsif	Qu'on peut séduire Réceptifs Admirateurs	Les gens sont là pour me servir et m'admirer. Ils n'ont pas le droit de me dénier mes justes mérites. Je peux me fier à mon intuition.	Utiliser les dramatiques, le charme. Accès de colères tempérées. Cris, gestes suicidaires.
Schizoïde	Autonome Solitaire	Intrusifs	Les autres sont sans intérêt ; Les relations sont sales, indésirables.	Demeurer éloigné.

Tableau 1 : Profil des caractéristiques des troubles de personnalités

Selon Beck, dans le traitement de l'information, les schémas correspondent à des structures cognitives profondes qui contiennent tout le savoir et l'expérience d'un individu. Ils sont déterminés génétiquement. Ils peuvent être généraux ou spécifiques, flexibles ou rigides, actifs et latents. Beck emploie le terme de schéma dans un sens large pour indiquer les croyances, les attitudes fondamentales, les postulats fondamentaux et les règles générales de conduite. Il décrit les schémas de personnalité comme des schémas plus stables

que ceux qui sont impliqués dans les troubles affectifs. Ces schémas peuvent se regrouper en constellations.

Ces constellations orientent l'individu vers certains événements au détriment d'autres. Elles l'obligent à faire des choix qui ne lui sont ni favorables, ni logiques. Les constellations aboutissent à la formation des modes. Les modes représentent une adaptation à la réalité qui avait sa valeur dans une période de la vie, mais ces modes persistent alors qu'ils n'ont plus de valeur fonctionnelle.

Le modèle cognitif des troubles de personnalité de Beck et ses collaborateurs est un modèle clinique issu de sa pratique. Inspiré par les idées des « analystes du moi », tels que Adler, Horney, etc., Beck postule que les constructions cognitives fondamentales (tableau 1) ne sont pas totalement inconscientes et inaccessibles au patient, et que le rôle du thérapeute cognitiviste est d'apprendre au patient à reconnaître les thèmes généraux de ces constructions mentales, les affects et les comportements qu'ils entraînent (Cottraux, 1995). Le patient sera ainsi, dit-il, plus capable d'identifier et de modifier ses cognitions dysfonctionnelles.

La théorie de Beck est fondée sur des considérations génétiques et évolutionnistes. Selon l'auteur, les différents types de personnalité reflètent des stratégies (tableau 1) sélectionnées au cours de l'évolution pour assurer la survie et la reproduction. Ces stratégies sont exagérées dans les troubles anxieux et la dépression, mais aussi dans les troubles de personnalité. Elles ont pour origine l'évolution phylogénétique et peuvent être adaptées ou inadaptées.

Beck explique en outre que les comportements, les émotions et les attitudes dans la personnalité et ses troubles sont observables en milieu naturel (éthologie). Il décrit ainsi les principales stratégies comportementales associées aux principaux troubles de personnalité du DSM-IV par rapport à la perception de soi, des autres, et aux croyances spécifiques. Cette description est résumée dans le tableau 1.

Le deuxième élément de la théorie de Beck (1990) concerne l'influence de l'environnement. Elle souligne non seulement les influences phylogénétiques, mais aussi celle de l'environnement familial et social.

Dans son étude sur les troubles de l'axe II, Beck (1990) a observé les profils cognitifs et décrit les comportements. Par exemple, le trouble obsessionnel compulsif peut être marqué par une rigueur excessive pour le contrôle, la responsabilité, le perfectionnisme et un manque de spontanéité et de gaieté. Ses observations sont résumées dans le tableau ci-dessous avec deux

types de stratégies qui guident l'individu au cours de son développement : stratégies sur-développées et stratégies sous-développées (tableau 2).

TROUBLE DE PERSONNALITE	STRATEGIES SURDEVELOPPEES	STRATEGIES SOUS-DEVELOPPEES
Obsessionnelle - compulsive	Contrôle Responsabilité Perfectionnisme	Spontanéité Frivolité, ludisme Chaleur
Dépendante	Besoin de soutien Attachement	Autonomie Mobilité
Passive - agressive	Autonomie Résistance Passivité Sabotage	Intimité Assertivité Activité Coopération
Paranoïaque	Vigilance Méfiance Soupçons	Sérénité Confiance Acceptation
Narcissique	Inflation de soi Compétition	Partage Identification au groupe
Antisociale	Agressivité Exploration Prédation	Empathie Réciprocité Sensibilité sociale
Schizoïde	Autonomie Isolement	Intimité Réciprocité
Évitante	Vulnérabilité sociale Évitement Inhibition	Assertivité Grégarisme (amour des autres)
Histrionique	Exhibitionnisme Expressivité Impulsivité	Contrôle Organisation Pondération

Tableau 2 : Les stratégies typiques surdéveloppées et sous - développées.

Selon Beck, lorsqu'un enfant est investi de façon exagérée dans un type de comportement dominant, celui-ci étouffe les autres possibilités et empêche le développement des comportements adaptatifs. Beck décrit donc dans chaque trouble de personnalité des stratégies surdéveloppées représentant un déplacement ou une compensation en réponse à des expériences particulières et des stratégies sous-développées comme stratégies d'ajustement pour atténuer l'effet des premières. Beck avance comme cause de ces types de comportement une prédisposition génétique et un effet de l'environnement familial. Cette conception annonce les travaux de Young sur les schémas précoces inadaptes.

Modèle de Young : modèle utilisé dans cette thèse (1993-95)

A. Introduction

Le modèle de Young, issu de sa pratique avec les troubles de personnalité, reprend le modèle de Beck en l'affinant, en le précisant, en le rendant plus clair. La notion-clé pour Young est celle de schémas précoces inadaptés (Early Maladaptive Schemas », EMS), où le mot « précoce » est utilisé dans le sens où ces schémas commencent à s'installer déjà durant l'enfance.

Les schémas sont des éléments organisés à partir d'expériences et de réactions du passé, qui forment un ensemble de connaissances stockées en mémoire à long terme, capable de guider les perceptions et les évaluations subséquentes (Segal, 1988). Cela veut dire que, selon la théorie de Beck les EMS proposés par Young se situeraient au niveau des structures cognitives profondes.

Ces schémas sont dysfonctionnels par définition parce qu'ils représentent pour l'individu des vérités essentielles (le changement étant perçu comme une menace), parce qu'ils se perpétuent (d'eux-mêmes) et sont difficiles à modifier, parce qu'ils peuvent entraîner le développement des troubles de l'axe II (du DSM), de nombreux problèmes interpersonnels. Les EMS seront activés par des événements de vie qui renverront par un côté ou un autre au noyau du schéma même.

1. Formation des schémas dans le modèle de Young

Selon Young, le tempérament d'une personne est le premier des facteurs qui contribuent à la formation d'un schéma. Le tempérament est inné. Il signe notre portrait affectif, les qualités qui nous prédisposent à réagir aux événements. Le tempérament est constitué de traits de caractère que nous héritons à la naissance :

- Timidité – extraversion
- Passivité – dynamisme
- Restriction émotionnelle – intensité émotionnelle
- Appréhension – intrépidité
- Sensibilité – invulnérabilité.

Ces traits de caractère subissent l'influence du milieu. Un milieu affectueux et sûr peut faire d'un enfant naturellement timide, un enfant moyennement extraverti. De même, des circonstances gravement néfastes pourraient abattre un enfant relativement invulnérable. L'hérédité et le milieu exercent une influence, même, sur des caractéristiques purement physiques telles que la taille : nous naissons avec un potentiel de croissance spécifique, mais notre milieu de vie est en partie responsable de notre taille réelle : alimentation, conditions sanitaires, etc.

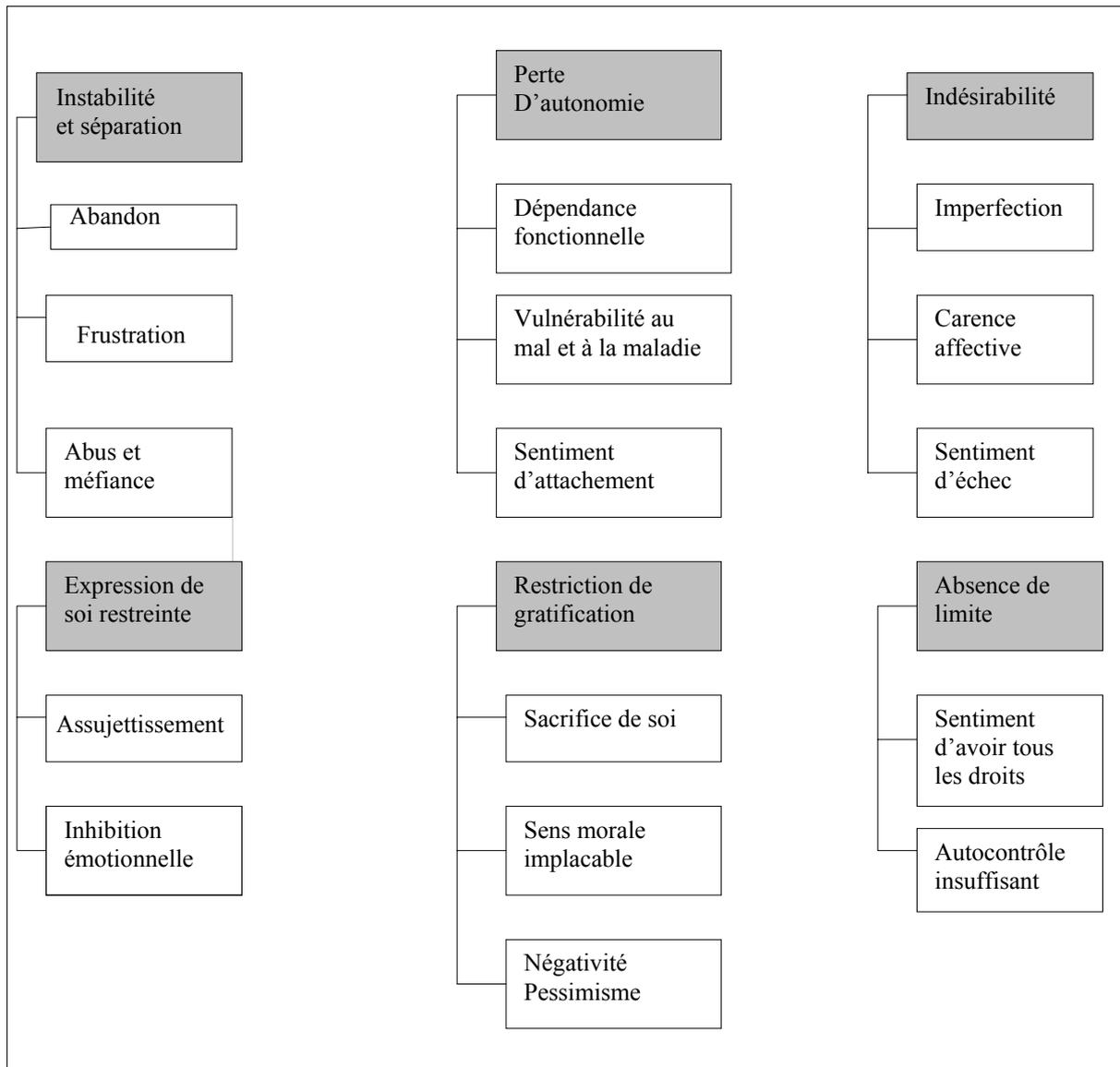


Figure 15 : Modèle hiérarchique des schémas précoces inadaptés (Young, 1991)

La dynamique familiale a, dans une large mesure, façonné notre tout premier univers. Lorsque nous ravivons un schéma, il s'agit presque toujours de la reconstitution d'un drame familial de notre enfance. A la naissance l'influence

familiale est à son point culminant, puis elle décline progressivement avec les années. D'autres éléments acquièrent peu à peu un certain poids : les amis, l'école, etc. Mais la famille demeure le moteur le plus important. Les schémas inadaptés (figure 15) prennent forme quand le milieu familial de l'enfant est destructeur. Les influences néfastes sur l'enfant et son tempérament propre s'unissent pour former les schémas dans lesquels il s'enlise. Son tempérament régit en partie la façon dont ses parents le traitent. Il arrive fréquemment, par exemple, qu'un seul enfant de la famille soit victime d'abus. Le tempérament de l'enfant (parmi d'autres facteurs) détermine aussi sa réaction à ce traitement. Deux enfants peuvent réagir différemment à une situation identique. Deux enfants victimes d'abus pourraient avoir des réactions opposées : la passivité ou l'autodéfense.

Tout enfant a des besoins fondamentaux dans des domaines divers : la sécurité de base, les relations interpersonnelles, l'autonomie, l'estime de soi, l'expression de soi, des limites réalistes. L'enfant qui voit ces besoins comblés s'épanouira sur le plan psychologique. Au contraire, des déficits sévères dans ces différents domaines peuvent entraîner des problèmes majeurs. Ce sont ces déficits qui contribuent à la formation des schémas inadaptés.

Pour satisfaire ces besoins fondamentaux, l'enfant au cours de son développement élabore des stratégies qui aboutissent à la formation des schémas (figures 15 et 16) :

- Sécurité de base : de la sécurité de base découlent les schémas, « sentiment d'abandon » et « méfiance et abus ». Ces schémas prennent forme très tôt. Ils peuvent même affecter un nourrisson. Pour le nourrisson, la sécurité est une question de vie ou de mort. Ces schémas indiquent la façon dont un enfant est traité dans sa famille. L'enfant souffre énormément des menaces d'abandon ou d'abus de la part de ceux qui sont censés l'aimer, le soigner et le protéger. Cet enfant ne se sent en sécurité nulle part. Il est fragile et vulnérable. Il pense toujours que la personne la plus importante pour lui va le quitter ou lui faire du mal. Le défaut d'un milieu familial stable et sûr fait de cet enfant un être d'humeur capricieuse, passant d'un extrême à l'autre, impulsif et autodestructeur.
- Relations interpersonnelles : ces relations sont tributaires des schémas, « carence affective » et « isolement ». Certaines dispositions favorisent le développement des relations interpersonnelles satisfaisantes : l'amour, l'attention, l'empathie, le respect, l'affection, la compréhension et les conseils prodigués. On distingue deux types de relations, la relation d'intimité et la relation sociale. La relation d'intimité développe les liens

affectifs. Elle a sa source dans le foyer familial. Quant aux relations sociales, elles se développent avec les amis et les connaissances, apprennent à s'insérer dans un groupe et renforcent le sentiment d'appartenance. Lorsque ces relations sont mal vécues par l'enfant, il se sent marginal et seul. Cet enfant a l'impression que personne ne le connaît vraiment, ne l'apprécie. Il ressent un grand vide intérieur et n'aspire qu'à tisser des liens.

- **Autonomie** : le besoin d'autonomie amène le sujet à former les schémas, « dépendance » et « vulnérabilité ». Pour développer son autonomie, l'enfant doit avoir dans son environnement un « objet transitionnel » qui permet de prendre conscience de son identité. L'enfant fait l'apprentissage de la séparation, apprenant qu'il peut partir et revenir. C'est ainsi qu'il apprend à se débrouiller seul, à prendre ses responsabilités, à exercer son jugement. Un bon accompagnement dans cette démarche incite l'enfant à découvrir le monde extérieur, à interagir avec les autres. Pour cet enfant, le monde n'est pas menaçant puisque les parents lui ont donné les moyens de veiller sur sa sécurité. Au contraire, un milieu instable et peu sûr, favorise la dépendance et la fusion (état de symbiose du fœtus avec l'organisme maternel). L'enfant d'un tel milieu devient l'adulte qui a peur de tout, inapte à se débrouiller sans l'aide, les conseils et l'appui de personnes qu'il juge plus sages et plus fortes que lui.
- **L'estime de soi** : l'estime de soi fait intervenir les schémas, « incompetence » et « inhibition ». Elle est fondée sur l'idée que le sujet se fait de sa valeur personnelle, sociale et professionnelle. Si l'enfant se sent aimé et respecté dans l'environnement familial, par ses amis, ses camarades de classe, ses enseignants, alors il devient confiant et développe une bonne estime de soi. En revanche, les critiques incessantes et le rejet sont néfastes à l'estime de soi. Le sujet a le sentiment d'incompétence, se protège contre le jugement d'autrui, et peu à peu plonge dans l'inhibition. Il souffre d'un sentiment d'infériorité, devient hypersensible à la critique et au rejet. La moindre compétition le rend anxieux ; il l'évite si possible ou l'affronte avec maladresse.
- **L'expression de soi** : de ce besoin naissent les schémas, « sacrifice de soi » et « sens moral implacable ». Il est lié au besoin de s'exprimer librement, d'exprimer ses envies, ses émotions (y compris la colère) et ses dispositions naturelles. Pour cela, le sujet doit être persuadé que ses besoins sont aussi importants que ceux d'autrui, qu'il est libre d'agir avec spontanéité, qu'il a le droit d'avoir des activités et des centres d'intérêts pour son plaisir sans se préoccuper de son entourage. Un bon contexte

familial favorise ces acquisitions et le respect d'autrui. La punition injuste, la culpabilité, la critique, la domination, anéantissent l'expression de soi.

- Les limites réalistes : l'absence de limites est propice à la formation des schémas, « autocontrôle insuffisant » et « peur de perdre son contrôle ». Le sujet qui possède ces schémas manque de discipline, ne tolère pas les contraintes, il est impulsif. Il ne se préoccupe que de ses besoins au point de se désintéresser d'autrui. Il est perçu comme égoïste, exigeant, tyrannique, égocentrique et narcissique. Au lieu d'apprendre à l'enfant qu'il existe des limites, que les besoins d'autrui sont tout autant légitimes que les siens, certains parents sont laxistes, satisfont tous ses caprices, récompensent ses tendances à la manipulation.

2. Description sommaire des schémas (figures 15 et 16)

Une étude des schémas par analyse factorielle est réalisée en 1995 et donne une nouvelle relation hiérarchique (Schmidt, Joiner, Young et Tech).

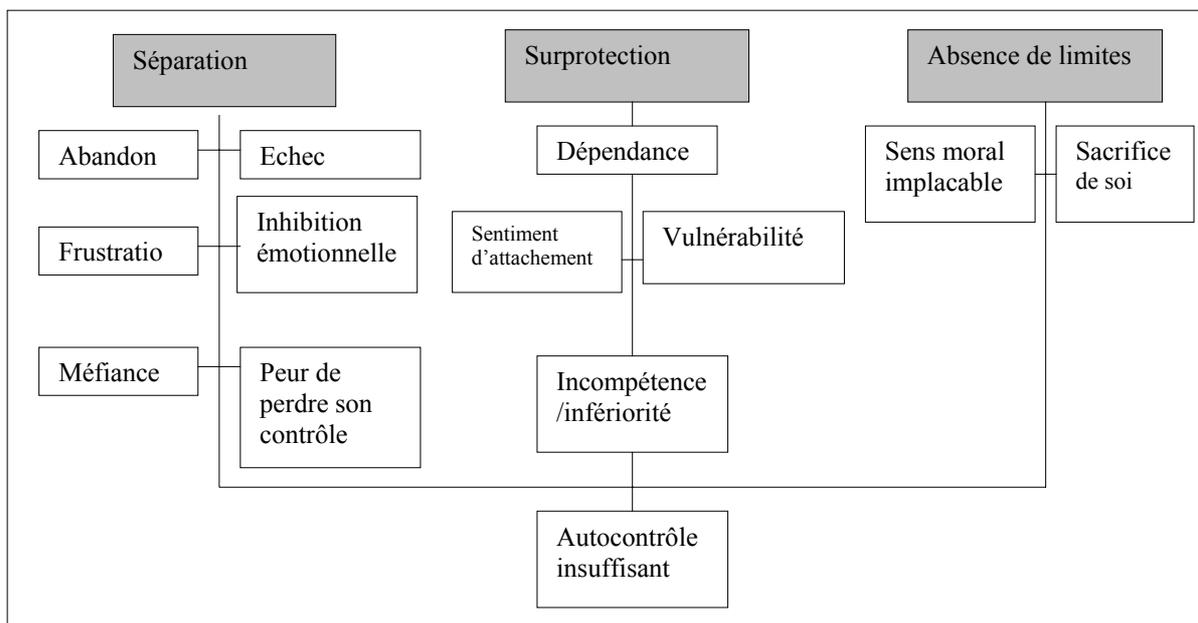


Figure 16 : Relation hiérarchique entre les schémas précoces inadaptés primaires et d'ordre supérieur.

- Abandon : ce schéma découle du manque de sécurité. Le sujet qui est sous son emprise a l'impression que les gens qui lui sont chers vont le quitter et qu'il restera seul et isolé affectivement toute la vie. Que cette séparation soit due à la mort, ou à un voyage de longue durée, ou à un

divorce, le sujet éprouve ce sentiment de solitude. Pour cette raison, il s'accroche à ses proches. La moindre séparation, même normale, l'affecte et déclenche une profonde angoisse.

- **Attachement** : avec ce schéma, le sujet s'attache d'une façon excessive à une ou plusieurs personnes, souvent à ses parents. Dans ses relations à deux, il a le sentiment qu'il ne peut pas survivre à l'autre, ou être heureux sans lui. Il peut aussi avoir le sentiment d'être étouffé par les autres. Il doute de lui-même, de sa propre identité. Il a le sentiment d'être vide, sans but.
- **Autocontrôle insuffisant** : ce schéma est associé à l'aptitude du sujet à accepter des limites réalistes. Ce sujet se croit unique, s'estime en droit de tout faire, de tout dire, et de tout obtenir sur le champ. Il ne supporte pas les contraintes. Il manque de patience, ne se préoccupe pas des autres pour arriver à ses fins, et manque de discipline personnelle.
- **Carence affective** : ce schéma est lié à la qualité des liens affectifs du sujet. Ce sujet croit que ses besoins affectifs ne seront jamais comblés. Il a l'impression que personne ne l'aime vraiment ou ne le comprend. Il est attiré par des personnes distantes et égoïstes, ou c'est lui qui est égoïste et froid. Il s'engage sans cesse dans des relations qui ne lui apportent aucune satisfaction. Il se sent trahi, balance entre le ressentiment, la souffrance et la solitude.
- **Dépendance** : ce schéma est lié à la capacité d'autonomie du sujet. Il le rend incapable de faire face au quotidien sans le secours constant d'autrui. Dans l'enfance, ce sujet n'a jamais été encouragé pour acquérir son autonomie. Il était sans cesse critiqué. Devenu adulte, il recherche des modèles rassurants, se repose sur eux et leur permet de diriger sa vie. Il ne prend jamais d'initiative au travail.
- **Incompétence** : c'est le schéma de la perte de l'estime de soi. Il donne au sujet le sentiment d'être incompetent, mauvais, indigne. Ce sujet est persuadé que si on le connaissait vraiment on ne pourrait jamais l'aimer. Enfant, il ne se sentait pas respecté. La moindre de ses « lacunes » suscitait des critiques excessives. Il se blâme, se juge indigne de l'affection de ses proches. L'amour lui fait peur. Il parvient difficilement à croire qu'on puisse l'apprécier. C'est pourquoi, il anticipe le rejet.
- **Inhibition émotionnelle** : ce schéma pousse le sujet à contrôler sans cesse ses réactions, ses sentiments, ses choix pour éviter les erreurs ou pour maintenir des règles personnelles rigides dans sa conduite et sa

performance, souvent aux dépens d'autres aspects de la vie : plaisirs, loisirs, amis ; ou au détriment de sa santé. L'environnement familial de ce sujet était sans joie. Le travail, le devoir, le perfectionnisme, l'obéissance, l'évitement des erreurs, étaient des considérations beaucoup plus importantes que le bonheur, la joie, la détente. Souvent, le pessimisme et l'anxiété sont apparents. Ce sujet pense que tout pourrait se désagréger s'il n'est pas toujours vigilant.

- **Isolement** : ce schéma est lié à la qualité des liens affectifs du sujet. Il concerne les relations avec ses amis et avec les différents groupes sociaux. Le sujet croit qu'il est aliéné, marginal. Dans son enfance, il était rejeté par ses pairs. Il n'avait pas d'amis, ne faisait parti d'aucun groupe. De ce fait, il a tendance à fuir la compagnie des autres, ne fréquente personne, ne cherche pas à se faire des amis. Il se croit peu désirable, laid, sexuellement repoussant, inférieur, peu doué pour la conversation, ennuyeux. On s'étonne souvent de l'anxiété de ce sujet, de sa réserve lors des réceptions mondaines, en classe, dans des réunions de travail ou dans le cadre de sa profession.
- **Méfiance et abus** : ce schéma découle du manque de sécurité. C'est le sujet blessé ou trompé d'une manière ou d'une autre. Il craint la trahison, le mensonge, la manipulation, l'humiliation, la violence physique ou toute autre forme d'abus. Ce sujet ne permet à personne de l'approcher, se méfie des intentions de tout le monde et soupçonne le pire. Il est persuadé que ses proches le trahiront, évite toutes relations affectives et se contente de relations superficielles. Ils s'attachent souvent à des personnes qui les maltraitent et, tôt ou tard, éprouve un fort ressentiment envers elles et un désir de vengeance.
- **Peur de perdre son contrôle** : ce schéma caractérise l'impulsivité. Le sujet se met souvent en colère, il est agressif. Il a tendance à réprimer ses impulsions positives : joie, affection, excitation sexuelle, jeux. Il a du mal à reconnaître ses propres faiblesses, ou à exprimer facilement ses sentiments ou ses besoins.
- **Sacrifice de soi** : ce schéma concerne l'expression de soi. Il pousse le sujet à sacrifier ses propres désirs et besoins pour plaire aux autres ou pour répondre à leurs besoins. Il se laisse dominer par les autres. Ce sujet s'engage souvent dans les relations de dominant dominées avec des personnes qui contrôlent tous ses gestes et auxquelles il se soumet, ou bien il recherche les personnes dont la faiblesse et les lacunes les empêchent de lui rendre ce qu'il leur donne.

- Sens moral implacable : ce schéma concerne aussi l'expression de soi. Le sujet qui possède ce schéma, attache trop d'importance au rang social, à l'argent, à la réussite, à la beauté, à l'ordre, à la reconnaissance, tout cela au détriment du bonheur, du plaisir, de la santé, du sentiment d'accomplissement et des relations enrichissantes. Il est en outre exigeant envers les autres et les critique sans cesse. Très perfectionniste, il veut toujours avoir la note suprême. Tout autre résultat est considéré comme un échec.
- Vulnérabilité : ce schéma est lié à la capacité d'autonomie du sujet. Ce sujet vit constamment dans la peur d'une catastrophe imminente, qu'il s'agisse d'une catastrophe naturelle, criminelle, médicale ou financière. Il ne se sent pas en sécurité. Il passe tout son temps à se rassurer qu'il est en sécurité. Il peut avoir peur de la maladie : faire une crise de panique, attraper un virus, devenir fou. Il peut être vulnérable à d'autres phobies : la peur de prendre l'avion, d'être attaqué, etc.

B. Méthodologie : transformation des schémas

Young explique au patient que les schémas sont des modes habituels de comportement de longue date. Ils sont profondément ancrés en nous et, comme les dépendances et les mauvaises habitudes, ils sont difficiles à changer. Pour y parvenir, il faut accepter de souffrir. Il faut regarder un schéma en face et le comprendre. Il faut beaucoup de disciplines pour s'en débarrasser. Il faut être à l'affût de ces modes de comportement et les modifier jour après jour. On ne peut pas réussir du premier coup : on obtient le succès à force de travail et de persévérance.

1. Marche à suivre pour modifier les schémas

Pour modifier les schémas, Young prend l'exemple de Danielle (une patiente).

Danielle est âgée de trente un ans. Elle vit une relation avec un garçon qui refuse de s'engager. Ils sont ensemble depuis onze ans, mais refuse d'épouser Danielle en dépit de demandes répétées. De temps en temps, il rompt. Ces ruptures sont insupportables pour Danielle. Elle entre donc en thérapie à la suite d'une de ces ruptures.

En consultation, Danielle explique :

« Je n'en peut plus de souffrir ainsi. Je n'en peux plus. Je ne cesse pas de penser à « Robert ». Il m'obsède. Il faut qu'il me revienne ».

1.1. Identification du schéma

Elle est faite à l'aide du questionnaire de Young. Une fois le schéma identifié, on travaille avec le patient pour découvrir la façon dont il affecte sa vie. On fait alors lire au patient la description de son schéma. En comprenant mieux la personne qu'il est, sa vie lui apparaîtra plus clairement. C'est la première étape de la démarche.

Pour Danielle, les résultats au questionnaire de Young ont révélé le sentiment d'abandon qu'elle éprouvait :

« Je suppose qu'à certains égards, être abandonnée m'a toujours inquiétée. Cela m'a toujours fait peur, j'ai toujours appréhendé cette éventualité ».

Danielle a pris facilement conscience que le thème de l'abandon était récurrent dans sa vie. La visualisation de son passé a également contribué à faire reconnaître la présence de ce schéma. On lui a demandé de fermer les yeux et de visualiser des scènes de son enfance. Des images d'abandon ont envahi ses pensées :

« Je me revois, debout à côté du canapé dans le salon. Je m'efforce d'attirer l'attention de ma mère, mais elle est ivre. Elle ne s'occupe pas de moi ».

La mère de Danielle était alcoolique. Le père est parti épouser une autre femme quand elle avait sept ans. Danielle a une sœur – les deux filles sont laissées au soin d'une mère incapable de les élever – elle fut abandonnée tant par son père, qui quitta carrément la maison, que par sa mère réfugiée dans l'alcool. Un double abandon est au centre de sa vie.

1.2. Sensibilisation du patient à l'enfant blessé en lui

Cette étape consiste à ressentir les effets du schéma.

Young part de l'hypothèse qu'il est très difficile de guérir une douleur sans d'abord la revivre. Pour cela, il demande au patient de se remémorer son enfance.

« Nous vous demandons de fermer les yeux et laisser les images vous envahir. Ne les forcer pas, contentez-vous de les laisser émerger. Entrez le plus profondément possible en chacune d'elles. Efforcez-vous de les voir clairement. Vous avez si souffert dans votre enfance que pour entreprendre ce voyage de retour vous avez besoin d'une aide, d'un allié. C'est le rôle du thérapeute.

Quand vous aurez retrouvé l'enfant en vous, nous vous demanderons d'engager un dialogue avec lui. L'enfant intérieur est paralysé. Nous voulons le ranimer, lui redonner une vie où croissance et transformation sont possibles. Nous voulons que cet enfant guérisse.

Nous vous demandons de lui parler. Vous pouvez le faire à voix haute ou par écrit. Vous pouvez lui écrire de la main droite (si vous êtes droitier) et faire en sorte qu'il vous réponde en écrivant avec votre main gauche (ou vis versa si vous êtes gaucher) ».

L'exemple de Danielle face au thérapeute :

Thérapeute :

« Je veux que vous parliez à votre enfant intérieur. Aidez-la »

Danielle :

« Et bien... (Silence) J'entre dans l'image et j'assois la petite Danielle sur mes genoux. Je lui dis : Je suis désolée de ce qui t'arrive. Tes parents n'ont pas été là pour toi. Je vais t'aider à surmonter cette épreuve et je vais m'assurer que tout ira bien pour toi ».

1.3. Invalidation du schéma par le raisonnement

Danielle croit fermement que les personnes qu'elle aime l'abandonneront. A cette étape, le patient doit attaquer le schéma rationnellement et l'invalider. Pour cela, il doit avant tout énumérer tous les arguments pour et contre lui et ce, depuis son enfance.

- Liste d'arguments de Danielle en faveur de son schéma « sentiment d'abandon :

Preuves que les gens que j'aime m'abandonneront		
Argument	Est-ce inné ou dû à un	Comment changer
1. Si je ne m'accroche pas à Robert, il me quittera.	Lavage de cerveau Faux. Quand je m'accroche à Robert, il se dérobe. Il se fâche et cherche à fuir. J'agis ainsi parce que je n'ai pas réussi à empêcher mon Père de nous quitter.	Cesser de m'accrocher Et laisser Robert Respirer. Apprendre à me détendre Quand je suis seule et ne pas ruminer ma peur de L'abandon.

➤ Liste partielle des arguments de Danielle pour invalider son schéma :

Preuves qu'on ne m'abandonne pas toujours

- 2.3. Ma sœur et moi sommes proches depuis toujours
- 2.4. J'ai eu plusieurs amoureux qui appréciaient ma compagnie, mais je suis si obsédée par Robert que je ne leur ai jamais donné de chance.
- 2.5. Mon thérapeute est là pour moi.
- 2.6. Une de mes tantes s'est toujours préoccupée de moi et m'est venue en aide.
- 2.7. J'ai des amis fidèles depuis de très nombreuses années
- 2.8. Robert et moi sommes ensemble depuis onze ans, en dépit des hauts et des bas de notre relation.

➤ Fiche des arguments de Danielle pour invalider son schéma :

Fiche du sentiment d'abandon

J'ai beau pensé que tout le monde m'abandonne, c'est faux. J'ai cette impression parce que mes parents m'ont abandonnée quand j'étais petite.

J'ai souvent été abandonnée dans ma vie, c'est vrai, mais à bien des égards, cela c'est produit parce que je suis attirée par des hommes et des amis qui éprouvent de la difficulté à s'engager.

Il n'est pas nécessaire que les gens qui m'entourent soient ainsi. Je peux chasser de ma vie ce genre de personnes et leur préférer la compagnie de gens qui seront là pour moi et sauront s'engager.

Quand j'ai l'impression qu'on m'abandonne, je devrais m'inquiéter de savoir si ce n'est pas plutôt de ma part une réaction excessive.

Quand je cois qu'on m'abandonne peut-être n'est-ce que le schéma « sentiment d'abandon » qui s'enclenche ? Quelque chose vient me rappeler les événements de mon enfance. Les gens ont le droit de respirer.

Je ne dois pas les étouffer.

1.4. Ecrire à toutes les personnes qui ont contribué à la formation du schéma

Dans cette étape, le patient doit extérioriser la colère et la tristesse engendrées par ce qui lui est arrivé.

Alors, le thérapeute s'adresse à Danielle :

« Vos émotions réprimées contribuent à paralyser l'enfant en vous. Nous voulons permettre à cet enfant de parler, d'exprimer sa souffrance.

Nous vous demanderons d'écrire à toutes les personnes qui vous ont blessé. Nous savons que vous devrez, pour se faire, surmonter votre culpabilité, surtout en vers vos parents. Ce n'est pas facile d'attaquer les personnes qui nous ont donné le jour. Elles pouvaient ne pas avoir d'intentions malveillantes et être animées du désir de bien faire. Mais nous ne voulons pas que vous vous préoccupiez de cela dans un premier temps : contentez-vous de dire les choses telles qu'elles sont.

Exprimez-leur vos sentiments par lettre. Dites leur qu'elles vous ont fait du mal, dites ce que vous ressentiez alors. Dites-leur qu'elles ont eu tort d'agir ainsi. Dites-leur comment vous auriez aimé que les choses se produisent.

Vous décidez sans doute de ne pas leur faire prendre connaissance de cette lettre. Ce qui compte, c'est que vous l'écriviez, que vous exprimiez vos sentiments. Il n'est du reste pas souvent possible de modifier les sentiments ou comportement de nos parents, et nous devons tenir compte de ce fait dès le départ. Cette lettre n'a pas pour but de changer vos parents, mais de faire de vous à nouveau une personne à part entière ».

Danielle écrit à sa mère :

« Chère maman,

Je t'ai toujours connue alcoolique. Il faut que je te dise quel mal cela m'a fait.

J'ai l'impression de n'avoir jamais pu être une enfant. Au contraire, j'ai sans cesse dû m'inquiéter de choses auxquelles les autres enfants ne pensaient même pas. Je ne savais jamais si j'aurai de quoi me nourrir. Je devais voir tout moi-même. Quand les autres enfants jouaient et s'amusaient dehors, je faisais la cuisine et le ménage.

Tu ne peux pas savoir à quel point tu m'as humiliée. Je me souviens d'avoir appris à faire le repassage à l'âge de six ans pour que les autres enfants ne se moquent pas de moi et de mes vêtements froissés. Et je ne pouvais jamais inviter mes amis à la maison.

Tu n'étais jamais là comme les autres mères. Tu ne venais jamais à l'école. Je ne pouvais pas te confier mes problèmes. Tu restais étendue sur le

canapé, à boire jusqu'à perdre conscience. J'ai tout tenté pour que tu te lèves et que tu assumes ton rôle de mère. Mais tu ne l'as jamais fait.

J'ai tant de peine à cause de tout ce qui m'a manqué. Tu as parfois été là pour moi, et garde un précieux souvenir de ces moments. Je me souviens, par exemple, du jour où mon petit ami m'avait fait de la peine ; Tu t'es levée et m'as parlé. J'aurais aimé que nous partagions plus souvent de tels moments d'intimité.

J'ai grandi, au contraire, avec un vide là où il y aurait dû y avoir une mère. J'éprouve encore ce vide en moi. Tu as mal agi. Ce que tu as fait était mal ».

1.5. Analyse détaillée du schéma

Danielle analyse en détail les manifestations, dans sa vie, du schéma qui l'affecte. Pour cela, le thérapeute l'aide à déceler les habitudes auto destructrices qui contribuent à en augmenter l'efficacité.

Il lui demandera d'énumérer ses comportements néfastes et les moyens à mettre en œuvre pour les changer.

1.6. Changement de modes de comportement

A ce stade, le patient remplit à nouveau le questionnaire de Young afin d'identifier ses schémas. Il en choisit un sur lequel il concentre son attention, de préférence, celui qui a le plus d'impact sur sa vie actuelle ; ou celui avec lequel il peut composer facilement, pour lequel les étapes à franchir ne dépassent pas ses capacités. Plus d'un schéma affecte la vie du patient. Par exemple, Danielle éprouvait, outre le « sentiment d'abandon », un sentiment d'imperfection. Mais elle a décidé de prendre en main son schéma fondamental (le sentiment d'abandon).

Comme elle avait énuméré ses comportements néfastes à l'étape 5, le thérapeute l'incite à choisir deux ou trois comportements qui contribuent à accroître l'efficacité de son schéma, à s'efforcer de mettre en pratique les moyens visant à modifier ces comportements :

Comportements qui accroissent de jour en jour l'efficacité de mon schéma	Comment les modifier
1. Je m'accroche à Robert et tente de le Contrôler	Je pourrais lui accorder plus de temps libre sans lui poser de tas de questions sur ses allées et venues. Je pourrais le laisser me dire ce qui le fâche ou le déçoit dans notre relation, au lieu de m'écrouler ou de me quereller avec lui. Je pourrais cesser de lui demander sans arrêt s'il m'aime toujours et s'il veut rester avec moi. Je pourrais cesser de lui en vouloir quand il a besoin d'air. Je pourrais de cesser de croire que tout ce qui lui arrive de bien est une menace pour moi.
2. Je me fâche quand mes amis ne retournent pas immédiatement mes appels.	Je pourrais laisser mes amis respirer sans me sentir menacée s'ils sont occupés à vivre leur vie.
3. Je suis obsédée par la vie de Robert au point d'en oublier la mienne.	Je pourrais m'occuper davantage de ma propre vie et de ce qui compte pour moi. Je pourrais voir mes amis, peindre, lire, écrire des lettres. Je pourrais sortir et m'amuser. Je pourrais m'offrir une pâtisserie.

1.7. Persévérance

Le thérapeute encourage le patient à ne pas capituler, ni se laisser aller au découragement : « Il est possible de modifier un schéma quand on met le temps et les efforts nécessaires. Persévérez. Tenez lui tête encore et encore ».

En effet, Danielle est en thérapie depuis plus d'un an. Il peut arriver que des événements surviennent et déclenchent son schéma d'abandon, mais ces circonstances sont de plus en plus rares ; les réactions de Danielle sont moins intenses et ses réponses sont de plus en plus adaptées. En outre, à ce stade, pour que le schéma agisse, il faut un déclencheur plus puissant, par exemple, une rupture. La vie de Danielle a changé.

Les changements les plus marquants concernent sa relation avec Robert. Elle a appris à lui laisser davantage de liberté. Elle l'étouffait auparavant. Il y a maintenant entre eux, une meilleure communication. Robert a fini par s'engager en faveur du mariage.

1.8. Le pardon

Selon Young, pardonner à ses parents n'est pas une nécessité absolue. Cependant, dans la plupart des cas, le pardon vient de lui-même, à mesure que la guérison progresse.

Peu à peu, les patients cessent de voir en leurs parents des êtres extraordinaires, des personnages menaçants, et les envisagent de plus en plus semblables à tout le monde, ayant les mêmes problèmes et les mêmes inquiétudes. En comprenant que leurs parents ont sans doute subi les effets du schéma, en reconnaissant qu'ils ont été sans doute des enfants vulnérables plutôt que des héros, ils parviennent à leur pardonner.

2. Les obstacles aux changements

- Contre-attaquer au lieu de reconnaître l'existence du schéma et d'en assumer la responsabilité.

La résistance au changement peut s'expliquer par la persistance à blâmer les autres pour ses problèmes et pour la lenteur de ses progrès. Il ne parvient sans doute pas encore à admettre ses erreurs ou à prendre la responsabilité des changements qui s'imposent. Ou encore, il compense en travaillant encore plus fort, en s'efforçant d'impressionner encore plus son entourage, en accumulant encore plus d'argent, en étant encore plus complaisant, et ainsi de suite.

Solution 1 : Tenter une expérience. Enumérer tous les mauvais choix dans sa vie. « Et si c'était votre faute ? Que ressentiriez-vous ? Et si l'opinion d'autrui avait quelque fondement ? Qu'est-ce que cela révèle de votre personnalité ?

L'aider à reconnaître ses imperfections, à reconnaître son enfance malheureuse, ses désirs frustrés.

Solution 2 : Réduire graduellement la charge de travail, accepter une diminution de revenu. Se retenir de chercher à impressionner ses semblables. Faire l'expérience d'être comme tout le monde plutôt qu'unique ou supérieur. C'est seulement en vivant cette expérience qu'on se rend sensible aux possibilités de changement.

- Réagir par la fuite.

La fuite est un problème fréquent auquel des nombreux patients peinent à résister. Ils s'empêchent de penser à leurs difficultés, à leur passé, famille ou habitudes de vie. Ils endorment leurs sentiments ou refusent de les voir en buvant ou en s'adonnant aux drogues. Ils cherchent à fuir, à éviter ce qui les rend vulnérables à l'angoisse et à la souffrance.

Parvenir à vaincre cette tendance à la fuite requiert une grande motivation.
« Il faut accepter de regarder son avenir en face, de voir qu'on a le choix entre rester prisonnier ou s'affranchir.

Solution 1 : L'aider à réfléchir à ses problèmes et à revivre les blessures de l'enfance avant d'être en mesure de changer. L'accompagner à recourir aux exercices d'imagerie mentale : noter quelques-uns des reproches adressés par ses parents, certaines de ses lacunes et de ses faiblesses.

Solution 2 : Enumérer les avantages et les inconvénients qui résultent de l'évitement de ses émotions. Faire une fuite afin de se remémorer pourquoi il agit de la sorte.

Solution 3 : Eviter de fuir dans l'alcool, l'abus de la nourriture, les drogues ou le travail pendant quelques jours. Noter ses impressions dans un journal. Imagerie mentale.

- Persister à tolérer rationnellement son schéma.

Un autre obstacle consiste à continuer à croire à la réalité d'un schéma. S'il tolère rationnellement l'existence de ce schéma, il ne fera rien pour le contrer. Il doit douter suffisamment de sa validité pour être disposé à le tester et le changer.

« Un schéma ne saurait céder d'un coup. Il faut, au contraire, l'ébrécher peu à peu, l'affaiblir graduellement ».

Solution 1 : Faire des exercices sur les pensées automatiques (Beck : auto questionnaire, forme thérapie).

Solution 2 : L'aider à rechercher dans sa vie des faits qui pourraient remettre en question la validité de son schéma. Existe-t-il des circonstances atténuantes qui pourraient invalider ce schéma ? A-t-il été victime d'abus ? La crainte d'être rejeté ou de subir un échec l'a-t-il empêché de persister ? Ces choix amicaux, affectifs, professionnels, etc., ont-ils contribué à renforcer son schéma ? L'aider à progresser.

Solution 3 : Faire rédiger une fiche aide-mémoire qu'il lira plusieurs fois par jour.

- Ne pas s'attaquer au début à un schéma trop difficile à modifier.

S'il présente plusieurs schémas, ne pas commencer par celui qui le bouleverse le plus. La gravité de ce schéma peut freiner sa progression. La stratégie utilisée peut être aussi trop complexe : une émotion trop forte peut rendre le sujet inopérant.

Solution 1 : Subdiviser la stratégie en plus petites étapes.

Solution 2 : Commencer doucement. Développer son assurance. Aller du plus simple au plus difficile.

- Rationnellement, il réalise que son schéma est erroné, mais émotionnellement, il en reconnaît toujours la validité.

Cette attitude est fréquente. De nombreux patients avouent que, pendant plusieurs mois, ils demeurent convaincus intérieurement de la validité de leur schéma, en dépit des preuves du contraire que leur dicte la raison et l'évidence.

Solution 1 : Rappeler que la prise de conscience est l'affaire d'un instant, mais que le changement est un long processus. Sa partie saine s'affirmera et son schéma s'affaiblira avec le temps. Patience.

Solution 2 : On peut accélérer le processus par des exercices. Faire rédiger des dialogues entre la partie saine et le schéma.

Solution 3 : On peut aussi s'attaquer aux comportements qui donnent plus de force au schéma. En transformant d'anciens modes, on peut être davantage conscient des faits qui le démentent.

- Le processus de changement pêche par manque de discipline et d'organisation.

Il se fit peut-être au hasard, il manque de constance dans l'effort. Il ne collabore pas suffisamment. Néglige les tâches.

Solution 1 : S'assurer qu'il fait bien tous les exercices.

Solution 2 : Consacrer quelques séances à des révisions. Consulter les fiches aide-mémoire.

- Il manque un élément essentiel à la stratégie.

Il a peut-être des problèmes d'évaluation de ses pensées, émotions et comportements qui servent à renforcer l'action de ses schémas.

Il manque une étape essentielle à la stratégie qui freine le progrès : la communication de ses besoins peut être déficiente.

Solution 1 : L'aider à trouver l'erreur.

Solution 2 : Réexaminer la liste des comportements qui renforcent le schéma.

Ces constats sont sans doute à l'origine du traitement de trouble de personnalité résistante proposé par Young ces dernières années.

Dans une formation portant sur les troubles de personnalités résistantes, à Cape Cod (USA) en août 2004, Young résume ainsi le traitement des Borderline :

- Reconstruction des liens et régulation émotionnelle (Bonding and emotional regulation) basées sur le schéma sentiment d'abandon
- Le changement de mode d'expression du schéma (Schema mode change)
- L'autonomie (Autonomy) qui aménage la fin de la thérapie.

Dans sa philosophie de traitement, Young indique : «le traitement d'un « patient limite » est long et exigeant. De plus, puisqu'il sera impossible au thérapeute de combler les immenses besoins de son patient, celui-ci éprouvera régulièrement du ressentiment envers lui. Dans ce contexte, la position du thérapeute n'est pas aisée ; il éprouvera inévitablement des sentiments de frustration à un moment ou l'autre du processus. Il est très important que cette frustration ne se manifeste pas sous forme de blâme envers le patient. Cela équivaldrait à jouer le rôle du parent punitif, rôle très nocif pour ce dernier.

Dans cette thèse, l'exemple du patient TM que nous donnons dans la présentation des cas uniques (voir deuxième partie) montre qu'il vaut mieux éviter les confrontations. Elles nuisent à l'alliance thérapeutique et à la collaboration du sujet. Il est donc nécessaire de respecter le rythme de changement de chaque patient et ses désirs. Ces paramètres introduisent dans la thérapie deux facteurs : le style d'apprentissage et les exigences dans les relations interpersonnelles.

3. Comparaison de la méthode de Beck et celle de Young

Dans ce paragraphe nous mettons brièvement en évidence les similitudes et les différences entre les deux méthodes, sachant que l'une est issue de l'autre.

3.1. Similitudes entre les deux méthodes

Alford et Beck (1997) font une révision de la thérapie cognitive dans le but de traiter les troubles de personnalité. Ils expliquent que la personnalité comprend des comportements, des processus de pensée, des réponses émotionnelles et des besoins motivationnels. Elle est déterminée par des schémas. Une croyance centrale représente le contenu cognitif d'un schéma. Beck (1996) met au point son concept de mode qu'il définit comme un réseau intégré de composants cognitifs, affectifs, motivationnels et comportementaux. Le mode provoque chez le sujet des réactions psychologiques internes et oriente vers des buts spécifiques. Le mode est essentiellement automatique et a besoin d'être activé. Selon Beck et Alford (1997), les modes sont faits de schémas contenant des souvenirs, des stratégies de résolution de problèmes, des imageries, et du langage. Par son système de contrôle conscient, le sujet peut désactiver les modes en réinterprétant les événements. Ils reconnaissent l'importance de la relation thérapeutique et le travail sur l'imagerie pour provoquer les changements prônés par Young.

Les deux modèles se ressemblent sur plusieurs points :

- Ils insistent sur deux grandes structures centrales pour comprendre la personnalité : les schémas et les modes. L'objectif de Beck et Young pour le concept de mode est de traiter certains troubles de personnalité par l'intermédiaire de modes de fonctionnement particuliers des patients souffrant de ces troubles. Pour Young, ces modes sont clairement définis dans le cadre des personnalités borderline. Ils correspondent à des schémas précoces inadaptés précis tels que les schémas sentiment d'abandon, attachement, etc.
- Ils font intervenir des facteurs cognitifs, motivationnels, émotionnels, génétiques, culturels.
- Ils reconnaissent la nécessité de s'intéresser à la fois aux aspects conscients et inconscients de la personnalité.
- Dans les deux conceptions, on encourage une collaboration intense entre le patient et le thérapeute.
- Young et Beck sont d'accord pour reconnaître l'importance du rôle des expériences émotionnelles dans la modification cognitive ou comportementale.

- Ils utilisent tous les deux de nombreuses techniques cognitives, émotionnelles et comportementales pour le changement.
- La thérapie cognitive de Beck, comme la thérapie des schémas de Young, considère qu'il faut informer le patient sur le modèle de la thérapie utilisée et l'amener à partager avec le thérapeute la conceptualisation du cas. Les tâches à domicile y jouent un rôle central. Des entraînements aux stratégies thérapeutiques facilitent le transfert d'apprentissage dans les événements concrets de la vie de tous les jours.

Il existe cependant des différences qui tiennent au fait que la plupart des techniques thérapeutiques de la thérapie cognitive ont été conçues au départ pour réduire des symptômes des troubles de l'axe I, alors que les méthodes de Young ont été conçues pour traiter des troubles de personnalité et des problèmes chroniques très persistants.

3.2. Différences entre les deux méthodes

Les schémas et les styles d'adaptation sont des notions centrales du modèle de Young. Il a défini 18 schémas précoces spécifiques et trois grands styles d'adaptation (pour le trouble de personnalité borderline) qui constituent le fondement de la majeure partie du traitement. Ces schémas et ces mécanismes d'adaptation sont déterminés, affinés en cours de thérapie, pour correspondre au mieux à chaque patient. Cette méthode dispose donc d'outils adaptés qui lui permettent d'identifier les schémas, les comportements d'adaptation, les cognitions, voir les émotions. Alors qu'il est très difficile à mettre en évidence certains schémas par la recherche des pensées automatiques ou l'exploration des postulats sous-jacents avec le modèle de Beck.

Le travail émotionnel, représenté par l'imagerie et le dialogue est très important dans la méthode de Young, alors qu'il est presque inexistant chez les thérapeutes cognitivistes à l'exception de Smucker et Dancu (1999) qui ont commencé à l'utiliser.

L'utilisation du « Reparentage » partiel dans la relation thérapeutique pour produire le changement est une caractéristique de la méthode de Young qu'on ne rencontre pas dans la méthode cognitive. Chez Young, ce procédé constitue une « expérience émotionnelle correctrice ».

En fin, il ne faut pas oublier que Beck a été le premier auteur à décrire les modes d'expression de l'anxiété et de la dépression, mais Young a inventé les modes des troubles de personnalité borderline et de personnalité narcissique en proposant une méthode pour les modifier. Ainsi, la démarche de Young précise et clarifie la méthode de Beck.

Modèle proposé pour une contribution à l'efficacité thérapeutique

A. Introduction

Nous proposons certains aménagements au modèle théorique de thérapie de Beck et Young tout en conservant les acquisitions antérieures. Cela exige une modification de l'échelle d'évaluation utilisée dans la thèse. Nous commençons donc par expliquer cette modification de l'échelle d'évaluation avant d'exposer la méthode préconisée. En effet, on constate entre les deux principaux auteurs (Beck et Young) une différence de stratégie au niveau de l'évaluation en début de thérapie.

Beck et Freeman (1991) suggèrent que les schémas doivent être seulement évalués pour chaque personne, alors que Young (1990) propose un système de classification des schémas courants considérés comme pouvant être à l'origine du trouble psychopathologique. Pour ce dernier, le but consiste à évaluer par un questionnaire les schémas supposés communs à ce trouble. Nous nous inscrivons dans cette logique. Des études récentes du questionnaire sont réalisées à cet effet.

La classification actuelle de Young (2003) comporte cinq dimensions et dix huit schémas. La comparaison avec celles de Schmidt et al (1995) et de Lee et al (1999) permet de dégager une synthèse. Il en résulte quatre dimensions et seize schémas. Les observations sur les patients anxio-dépressifs dans le contexte de cette thèse sont conformes à cette organisation, en particulier, la présence du schéma « sentiment que tout nous est dû » (STD) est nécessaire pour entreprendre une phase préliminaire de la thérapie par les schémas qui semblent indispensables à l'alliance thérapeutique et à la collaboration du sujet. Nous introduisons donc dans notre échelle de départ (13 SCP), trois SCP complémentaires : les schémas sentiment que tout nous est dû, assujettissement et sentiment d'échec. De plus, le schéma attachement mérite un statut particulier dans la construction de la personnalité. Nous présentons donc ces dimensions et ces schémas :

- Surprotection (1) : Assujettissement, Attachement, Dépendance, Echec, Vulnérabilité.
- Négligence / Rejet (2) : Abandon, Carence affective, Incompétence, Inhibition émotionnelle, Isolement, Méfiance et abus.
- Absence de limite (3) : Auto contrôle insuffisant, Sentiment que tout nous est dû, Peur de perdre son contrôle.

- Hyper contrôle (4) : Sacrifice de soi, Sens moral implacable.

Dans la première dimension, le schéma assujettissement apparaît dans l'étude sur les sujets du groupe Axe II (Lee & al, 1999). Il n'apparaît pas dans l'étude sur l'échantillon étudiant de Schmidt (1995). De même, le schéma peur de perdre son contrôle appartient à la troisième dimension. Chez Schmidt, il appartient à la deuxième dimension. Le schéma isolement est absent dans l'étude de Schmidt sur l'échantillon étudiant.

Dans la dimension, absence de limite, les schémas « sentiment tout nous est dû » et « auto contrôle insuffisant » impliquent une déficience dans l'intégration interne des limites et les difficultés d'orientation du but à long terme. L'individu a du mal à respecter les droits des autres, à prendre des engagements, définir et développer des buts personnels, et tolérer les frustrations.

Quant à la dimension Hyper contrôle (quatrième), elle est composée des schémas sacrifice de soi et sens moral implacable, parce que ces schémas représentent une amplification des sentiments et des choix d'un sujet qui développe un contrôle excessif, une exagération de l'exécution, du devoir, du perfectionnisme et les règles subséquentes.

Toutes ces dimensions semblent s'appliquer à la fois aux groupes axe I et axe II (Lee & al, 1999). Cependant, les sujets du groupe axe II ont des scores significativement plus élevés à l'échelle d'évaluation que ceux du groupe axe I. Ce qui suggère une certaine continuité dans l'élaboration des schémas. Les schémas qui montrent la plus grande différence entre les deux groupes sont composés de huit schémas appartenant à deux dimensions : négligence / rejet et absence de limite. Ceci est en accord avec le phénomène de répétition des scénarios qui ont marqué notre enfance : à l'âge adulte, nous parvenons à recréer des circonstances similaires à celles qui, dans l'enfance, contribuaient à notre détresse. Le schéma englobe tous les moyens que nous prenons pour recréer ces scénarios. Il devient essentiel à notre sentiment d'identité. En renonçant à un schéma, c'est comme si nous renoncions à la sécurité de savoir qui nous sommes et de quoi le monde est fait. Ainsi, la répétition renforce le schéma et le rend de plus en plus rigide.

1. Modification de l'échelle d'évaluation

Nous décrivons ici les trois schémas supplémentaires et les troubles de l'attachement qui occupent dans ce travail une place plus importante.

1.1. Le schéma sentiment que tout nous est dû

Ce schéma peut être le sentiment de l'enfant gâté, du sujet dépendant, et du sujet impulsif.

L'enfant gâté se croit unique ; il est exigeant et dominateur. Quand on le contraire, il se met en colère. Ce sujet n'a aucune empathie, les sentiments des autres ne l'intéressent pas. Il n'a pas d'égard pour les autres et abuse d'eux. Il se considère hors d'atteinte. Lui seul a le droit de violer les normes sociales, mais les autres n'ont pas ce droit. Il ne pense pas devoir assumer les conséquences normales de ses actes. Il s'approprie ce qu'il veut sans se culpabiliser, parce qu'il estime y avoir droit.

Le sujet dépendant se donne le droit de dépendre des autres. Il se considère comme un personnage faible, incompetent, dépendant, et s'attend à ce que les autres se montrent forts et s'occupent de lui. Si on ne s'occupe pas de lui, il se comporte en victime. Il est en colère, mais se retient. Il exprime sa rancœur par des moyens détournés, en boudant, en étant passif-agressif, en devenant hypocondriaque, et parfois en piquant des crises comme un enfant. Le schéma sentiment tout nous est dû est la conséquence de l'impression d'être fragile et vulnérable. Il a besoin d'aide, on doit la lui apporter.

Le sujet impulsif a depuis toujours de la difficulté à gérer ses comportements et ses émotions. Il parvient difficilement à dominer son impulsivité. Il laisse ses désirs et ses émotions dicter ses actes sans se soucier des conséquences. Il ne tolère pas suffisamment la frustration pour pouvoir accomplir des tâches à long terme, particulièrement lorsqu'elles sont ennuyeuses ou routinières. Il n'a aucun sens de l'organisation et manque de discipline. Il ne parvient pas à se concentrer et à persévérer ; il préfère la gratification immédiate à la satisfaction à long terme. Pour que le schéma sentiment que tout nous est dû existe, les dépendances doivent faire partie d'un ensemble de problèmes liés à la maîtrise de soi et à la discipline personnelle.

1.2. Le schéma assujettissement

Le sujet qui possède ce schéma passe pour une personne accommodante. L'une de ses plus belles qualités, selon lui, est la souplesse, la faculté d'adaptation. Mais il ne parvient pas à imposer des limites aux exigences d'autrui. Les deux types d'assujettissement sont l'abnégation et la soumission.

L'abnégation (assujettissement dû à la culpabilité) consiste à se croire responsable du bien-être d'autrui. Les personnes qui agissent avec abnégation sont en général moins irritées que les autres personnes assujetties, mais elles

ressentent une certaine rancœur, parce qu'il y a un déséquilibre entre ce qu'elles donnent (beaucoup) et ce qu'elles reçoivent (peu). La culpabilité est le moteur principal de ce schéma. Le sujet se sent coupable chaque fois qu'il fait passer ses besoins en premier. Il se culpabilise chaque fois qu'il se révolte contre la soumission aux volontés d'autrui. Il se culpabilise chaque fois qu'il tente de s'affirmer. Il se culpabilise quand il ne parvient pas à apaiser une souffrance. La culpabilité renforce son schéma assujettissement.

La soumission est involontaire. Ce sujet est presque toujours fâché, même s'il n'en est pas conscient. Il entretient de fausses croyances : il attribue aux personnes qui l'assujettissent un pouvoir qu'elles n'ont pas en réalité. Ces personnes (le mari, l'épouse, ou le parent) ont très peu d'autorité sur lui en réalité, parce que c'est lui qui détient le pouvoir de mettre fin à son assujettissement. Enfant, il était dépendant et impuissant, face à celui qui l'assujettissait, par peur de la punition ou du rejet. Cette attitude compréhensible, n'est pas adaptée dans les circonstances de la vie adulte.

1.3. Le schéma sentiment d'échec

Le sujet a l'impression que comparée à ses pairs, sa vie est un échec. Le sentiment d'échec émerge constamment. Qu'il semble avoir ou non du succès, il estime être un raté. C'est surtout la fuite qui renforce ce schéma. L'évitement l'empêche de progresser. Il refuse de faire le nécessaire pour accroître ses connaissances et évoluer dans sa carrière. Il a peur de ne pas réussir dans toute nouvelle entreprise. Il a tendance à utiliser la fuite comme mode d'adaptation. Il refuse de se perfectionner, d'entreprendre quelque chose de nouveau, de prendre des responsabilités, bref, de relever les défis qui pourraient lui permettre de réussir. Sa tendance à fuir le moindre risque d'échec nuit à la qualité de son travail. Il déforme les événements et les circonstances pour confirmer son opinion : il exagère le négatif et minimise le positif.

2. Les troubles de l'attachement

Au cours des trente dernières années, plusieurs recherches montrent que le besoin primordial du jeune enfant est d'établir un lien stable et sécurisant avec une figure maternelle répondant à ses besoins. Ce lien particulier s'appelle « l'attachement ».

La théorie de l'attachement considère la tendance à établir des liens affectifs étroits comme un élément essentiel à la survie de l'être humain. Si le mode d'attachement est adéquat, il sert de sécurité de base à l'enfant pour explorer l'environnement. Le modèle d'attachement qu'il développe ainsi sera utilisé dans les relations intimes et sociales.

Les expériences de Ainsworth, Blehar, Waters et Wall (1978) aboutissent à trois modèles d'attachement : le modèle « sécuritaire », le modèle anxieux-ambivalent, et le modèle anxieux-évitant.

Le premier résulte d'une disponibilité de la figure maternelle et surtout d'une sensibilité aux signaux de l'enfant. Le second semble associé à une incohérence des réponses maternelles alternant entre la disponibilité et le rejet. Le troisième serait lié à des interactions intrusives ou rejetantes de la part de la mère, surtout lorsque l'enfant présente une vulnérabilité émotionnelle.

Selon Holland et ses collaborateurs (1993), Steinhauer (1996), un enfant qui n'aurait pas développé avant deux ans sa capacité d'attachement conservera de graves séquelles, tant au plan social que cognitif. Cette période critique qui assure l'apprentissage d'habiletés sociales, sensible aux situations de déprivation, de séparation, de négligence dans les soins, préfigure des comportements antisociaux ultérieurs.

En 1969, Bowlby constate à partir d'études menées sur divers échantillons psychiatriques que deux syndromes psychiatriques (la personnalité psychopathique et la dépression) sont associés à de fréquentes ruptures de liens affectifs durant l'enfance. Il existerait une très bonne corrélation (Ijzendoorn, Juffer et Dayvesteyn, 1995) entre les modèles d'attachement (sécuritaires ou insécuritaires) des sujets testés à un an et au début de l'âge adulte : 70% des sujets présentent à l'âge adulte le même type d'attachement qu'à un an.

Pour réparer les troubles de l'attachement résultant de la négligence ou des ruptures à répétition, Steinhauer (1998) propose une grille de facteurs. Cette grille comprend l'histoire de négligence sévère ou de ruptures (négligence ou abus sévères à long terme, déplacements multiples) avec huit conséquences spécifiques qui sont :

Le refus de dépendre de l'adulte (centration sur son propre plaisir, ne compte que sur lui-même, ne recherche pas le réconfort lorsqu'il est anxieux), l'absence de réactions manifestes à la séparation (ne réagit plus aux changements de milieu de vie : pas de réaction apparente), une sociabilité sans discernement (trop familier avec les étrangers, aucun adulte ne semble plus significatif qu'un autre, recherche excessive d'attention, incapacité de changer de comportement pour protéger la relation à l'adulte), une relation superficielle à l'autre (sourire artificiel et absence d'émotions véritables, se relie de façon mécanique, fait et dit ce que les autres attendent de lui, manipulateur et centré sur ses intérêts), l'incapacité de conserver les bons moments sans les détruire par la suite (réagit mal aux compliments et aux récompenses, détruit activement le lien avec l'adulte après un bon moment passé avec lui, intolérant à toute attente

de l'adulte à son égard), une réaction à toute limite ou exigence comme à une attaque ou à une critique (difficulté à admettre ses torts même pris sur le fait, se montre inatteignable lorsque puni), des apprentissages difficiles (besoin de la proximité de l'adulte pour fonctionner) et les relations conflictuelles avec les pairs (contrôle excessif, manque d'empathie et de chaleur, manipulation et hostilité lorsqu'il n'a pas ce qu'il veut, partage difficilement l'attention de l'adulte).

Ces facteurs peuvent s'appliquer de façon générale aux jeunes enfants et aux adolescents.

3.3. Facteurs de risque des troubles émotionnels chez l'enfant et l'adolescent

Depuis une vingtaine d'années, les conséquences délétères des troubles anxieux et dépressifs de l'enfant et de l'adolescent sont mieux connues. Ces pathologies ont une Comorbidité élevée et s'accompagnent d'un retentissement sur le fonctionnement psychosocial, individuel et familial. Certains troubles émotionnels du sujet jeune peuvent persister ou s'associer à d'autres formes de troubles mentaux ou à divers dysfonctionnements sociaux et affectifs.

L'approche développementale et épidémiologique des pathologies anxieuses et dépressives a conduit à la mise en évidence de nombreux facteurs de risque, individuels ou environnementaux.

a) Facteurs de risque des troubles anxieux

La vulnérabilité aux troubles anxieux résulte de l'interaction des facteurs de risque individuels et environnementaux. L'impact de ces facteurs de risque sur la survenue ultérieure de troubles anxieux peut varier en fonction du moment de leur survenue au cours du développement.

i) Attachement inséure

La qualité de l'attachement entre le nourrisson et sa mère (ou son substitut) est considérée comme un aspect important dans le développement des troubles anxieux chez l'enfant (Bowlby, 1969, 1973). Une étude portant sur 172 enfants évalués à 12 mois et à 17 ans et demi, suggère que l'attachement inséure à 12 mois serait prédictif de la survenue de trouble anxieux, même lorsque l'effet lié à l'anxiété maternelle et au tempérament de l'enfant est contrôlé (Warren & al, 1997).

Des études longitudinales sur l'inhibition comportementale sont effectuées par Kagan et coll. (1987). Ils définissent cette dimension par une timidité, une réserve, des réactions de retrait face aux personnes, lieux ou situations non familiers. Elle serait prédictive de la survenue de troubles anxieux durant l'enfance (anxiété de séparation, hyper-anxiété et troubles phobiques principalement – Biederman & coll., 1993 ; Rosenbaum & coll., 1993). Les travaux de Hirshfeld et coll. (1997) suggèrent que les attitudes de surprotection et d'hyper-contrôle associées à certains troubles anxieux chez les parents pourraient favoriser la stabilité de l'inhibition comportementale chez les enfants.

Les travaux de Barret et coll. (1996) montrent que les parents d'enfants anxieux se différencient des autres parents par la manière d'interpréter et de répondre aux signaux ambigus de menace. Ces enfants et leurs parents perçoivent donc de nombreuses situations comme menaçantes. Confrontés à des problèmes sociaux ambigus, ils adoptent plus que les autres, des stratégies d'évitement. L'analyse des interactions familiales montre que les stratégies d'évitement adoptées par les enfants sont influencées par l'attitude des parents face aux diverses situations qui leur sont proposées (Dadds & al, 1996). Ainsi, des attitudes de surprotection, d'hyper-contrôle et de critique exagérée pourraient, directement ou en interaction avec d'autres facteurs de risque, favoriser le développement de troubles anxieux chez l'enfant (Krohne, 1992).

Ces attitudes parentales pourraient interférer avec les processus d'acquisition de l'enfant de compétences sociales et de stratégies de résolution de problèmes efficaces entraînant des difficultés à faire face aux événements de vie stressants. Elles pourraient aussi entraîner chez l'enfant des doutes sur sa valeur personnelle et un manque de confiance dans ses capacités de réussite.

b) Facteurs de risque des troubles dépressifs

L'apparition d'un trouble dépressif majeur est souvent attribuée à la conjonction d'une vulnérabilité individuelle et / ou familiale et de facteurs précipitants tels que des événements de vie.

Buss et Plomin (1984) ont proposé un modèle de tempérament chez l'enfant fondé sur trois dimensions : l'émotionnalité, l'activité et la sociabilité (modèle EAS). Les troubles dépressifs majeurs chez les enfants d'âge scolaire sont associés à des niveaux élevés d'émotionnalité et à des niveaux intermédiaires d'activité et de sociabilité (Goodyer & al, 1993).

Reude (1993) avance également le rôle de l'émotionnalité dans la survenue de troubles anxieux et / ou dépressifs au terme d'une étude longitudinale chez 164 enfants de 1 à 7 ans. Des scores élevés d'émotionnalité

chez tous les sujets, ainsi que des scores bas de sociabilité chez les filles sont mis en évidence pour prédire des scores élevés d'anxiété et de dépression à 7 ans. L'existence de troubles de la communication familiale et dans le groupe des pairs serait également prédictive de la survenue d'un trouble dépressif (Goodyer & al, 1990).

Les études rétrospectives réalisées chez des sujets déprimés mettent d'ailleurs en évidence la fréquence d'antécédents de dysfonctionnements parents-enfants (Parcker & al, 1995). Ces anomalies concernent aussi bien des attitudes de rejet et de carence affective que des comportements de surprotection et de vigilance anxieuse. Certains auteurs attestent aussi la fréquence de troubles dépressifs chez les enfants victimes de maltraitance physique et / ou sexuelle ; dans cette population la prévalence de troubles dépressifs est de 20% (Familaro & al, 1992).

Si le rôle de certains événements de vie précoces semble significatif dans la survenue des troubles dépressifs, il est nécessaire de préciser leur impact en fonction des caractéristiques des individus et de leur environnement familial et social, qui interviennent dans la modulation de la relation entre stress et détresse. Si certains événements ne sont pas immédiatement responsables des troubles dépressifs, ils sont susceptibles de jouer un rôle, plus tard, au cours du développement.

4. Style d'apprentissage

On fait l'hypothèse qu'il existe chez l'homme au moins deux types d'apprentissage à long terme. L'un est ouvert à la réflexion consciente et influencé par la capacité de verbaliser une stratégie. L'autre est implicite et indépendant de la verbalisation, fondé sur le conditionnement classique ou instrumental.

Ce deuxième type d'apprentissage peut se produire sans la conscience du sujet. Il n'a pas besoin d'être conscient des relations et des contingences stimulus-réponse pour apprendre la réponse conditionnée appropriée. On a constaté chez l'animal que la cloche devient l'équivalent de la nourriture ou activer le levier amène la nourriture. Il acquiert ainsi une croyance.

Une étude menée par Woltz (1988) montre l'existence de deux composants séparés dans l'apprentissage d'un savoir-faire complexe. L'un de ces composants utilise l'attention à un stade précoce de l'apprentissage, l'autre intervient d'une manière automatique. Ce qui implique le fractionnement de la MLT en mémoire procédurale et déclarative ou en implicite et explicite ou directe et indirecte ou autobiographique et générique.

Les recherches actuelles sur les patients amnésiques (Baddeley, 1993) sont en faveur de cette thèse. Ces patients sont capables d'apprentissages normaux dans une large gamme de tâches. Toutes ces tâches ont en commun la caractéristique de tester l'apprentissage sans réclamer au sujet d'être conscient de la source de l'information. D'ailleurs, il est typique que ces patients nient avoir jamais été confrontés à la tâche dans laquelle ils font preuve de façon évidente d'un apprentissage antérieur. Ils peuvent avoir une MDT parfaitement normale, une bonne mémoire sémantique et autobiographique, et être capables d'apprentissages procéduraux malgré une amnésie massive qui entrave l'acquisition de nouveaux souvenirs épisodiques.

Ces recherches ont permis d'établir la distinction entre la MLT et la MCT ou MDT. Selon Baddeley (1993), la plupart des théoriciens reconnaissent aujourd'hui la séparation de la MDT de l'étude de l'apprentissage et l'oubli à long terme. Ces experts ont mis en évidence dans l'apprentissage procédural plusieurs facteurs qui influencent l'apprentissage épisodique. Ces facteurs sont la profondeur du traitement et le degré d'élaboration. Tous ces travaux ont convaincu les chercheurs à opter pour deux modes de fonctionnement de la mémoire épisodique-sémantique. Dans ce contexte, l'apprentissage procédural représente bien un système séparé dans l'activité de la MLT. Il semble indépendant de la remémoration de la source d'information et ne nécessite donc pas un traitement conscient.

Il existe plusieurs catégories d'amnésies. Nos propos concernent naturellement l'amnésie psychogénique décrite par Baddeley comme une fuite devant le stress. Le commencement est presque toujours lié, dit-il, au stress produit par la mésentente conjugale, des soucis d'argent ou éventuellement le stress lié à la guerre. Cette amnésie est souvent associée à des états de fugue dans lesquels le patient se trouve dans un état de perte d'identité personnelle. Il est souvent retrouvé errant loin de son domicile habituel. Dans cette catégorie, le cas de personnalité multiple constitue un exemple d'amnésie hystérique où le patient peut se présenter sous forme de deux individus : l'un irresponsable, prétentieux, égoïste et parfois violent et intolérant ; l'autre doux, timide et aimable.

L'amnésie psychogénique est souvent une amnésie très profonde avec non seulement une perte fréquente d'identité personnelle, mais aussi une perte de la plupart des souvenirs autobiographiques. Cependant, les événements agréables sont préservés, les connaissances sémantiques et les savoir-faire procéduraux restent souvent intacts.

5. Exigences dans les relations interpersonnelles

Généralement, les patients ressentent toute frustration comme si elle leur est infligée intentionnellement. Ils ne peuvent admettre d'autres raisons à la frustration de leurs désirs que la méchanceté, la mauvaise volonté ou tout au moins une négligence criminelle. Pour eux, ce qui est bon peut arriver par hasard, mais les frustrations sont les preuves irréfutables des sentiments hostiles que l'entourage nourrit à leur égard.

Dans une relation à deux, pour ces patients, un seul des partenaires compte : lui. Ses désirs et ses besoins sont les seuls qui sont importants et qui doivent retenir l'attention. L'autre partenaire, bien que perçu comme très puissant, n'existe que pour satisfaire ses désirs ou les contrarier. Les intérêts, les besoins, les désirs et les souhaits de celui-ci n'existent pas. Il (le patient) doit être aimé et pris en charge par tout le monde sans qu'il fasse le moindre effort. Les intérêts, les désirs et les besoins de l'autre doivent être subordonnés aux siens. Le servir doit être pour le partenaire un plaisir et une joie, sinon, c'est la catastrophe.

Lorsque le patient annonce dans une séance qu'il va mal et qu'il a besoin d'aide, il a le sentiment que le monde entier lui en veut. Il éprouve une angoisse qui s'exprime en général sous la forme d'une demande désespérée. Dans ces conditions, le thérapeute ne doit pas lui faire défaut, car ceci peut avoir un effet sur la relation thérapeutique. Ce que désire avant tout un patient, c'est qu'on le comprenne. Pour qu'il se sente compris, le thérapeute doit répondre à ses appels par une réponse adéquate. S'il s'exprime dans un registre verbal, la réponse sera verbale. Si le registre est émotionnel, c'est-à-dire des pleurs, au lieu d'une empathie sous forme verbale, toucher un tel patient d'une main calme peut lui montrer que le thérapeute est empathique et sensible à son égard.

Le manque de compréhension contribue à intensifier les situations d'urgence émotionnelles. Soutenu par ce contact physique, les mots peuvent avoir des effets thérapeutiques. Poussé par un besoin d'être compris qui le submerge, le patient peut perdre confiance aux vertus thérapeutiques. Si le problème dont il s'efforce de communiquer pour être reconnu reste incompris et non travaillé, les possibilités de la thérapie seront réduites. Le patient frustré et blessé peut se retirer et même quitter la thérapie.

Si ce patient décide de ne pas se mettre en retrait, mais d'insister sur son besoin d'être compris, de sérieux problèmes peuvent apparaître. Cela peut provoquer des réactions véhémentes et bruyantes, causées par des tensions douloureuses et presque insupportables pour lui. Comme il persévère, la frustration répétée, ainsi que la lutte de plus en plus désespérée pour se faire

comprendre l'enferment dans une position durcie dans laquelle il tente d'imposer par force, au moyen de différentes formes de pression psychologique ce qui lui est refusé. Il y a un risque que cette lutte devienne une fin en soi. A mesure que son hostilité augmente, la lutte est de plus en plus hors de contact avec ses besoins initiaux.

Bien souvent, les thérapeutes interprètent ses situations en disant que les patients semblent incapables de renoncer à leurs symptômes, qu'ils semblent même s'y cramponner avec obstination ; que pourtant, consciemment ils déclarent qu'ils aspirent à aller bien. Cependant, il ne faut pas oublier de la part du patient une tendance qui ressemble à un retour vers une forme d'adaptation réussie auparavant. L'appareil mental est en quête de gratification selon un ancien schéma qui donne un sentiment de sécurité. L'individu essaie de satisfaire un besoin de sensation agréable de sécurité, de réconfort et de gratification. Il est prisonnier malgré un certain besoin et une situation donnée qui exigent des compétences différentes.

Nous savons que dans la situation thérapeutique, l'objectif du patient est de résoudre ses problèmes personnels. La sécurité, le réconfort et la gratification des besoins peuvent jusqu'à un certain point être un soutien dans cette quête. Cependant, les confrontations aux peurs, aux manques et aux frustrations, ainsi qu'à la demande de soutien du thérapeute sont fréquentes et constituent des étapes nécessaires sur la voie thérapeutique. Si la fonction de résistance est toujours présente, il appartient au thérapeute de créer les conditions de celle d'alliée thérapeutique.

La recherche d'efficacité thérapeutique, dans son aspect d'économie psychique, nous conduit à proposer un modèle appelé AIR (apprentissage inconscient par rétroaction). AIR comprend deux phases. La première est une phase douce, flexible et progressive. Elle consiste à défaire l'illusion par déconstruction progressive. La seconde est une phase d'ajustement et de consolidation basée sur le traitement des schémas résiduels.

B. Méthodologie : déroulement de la thérapie

Durée des séances : 40 à 45 minutes.

Fréquence des séances : une fois par semaine.

1. Repérage des schémas

- Identification des symptômes et problèmes présentés par le patient lors des premiers entretiens d'évaluation.
- Passation des tests :

- i. Inventaire de dépression de Beck
 - ii. Questionnaire de Style de Vie
 - iii. Questionnaire de schémas cognitifs précoces (enfance)
 - iv. Questionnaire de schémas cognitifs précoces (maintenant)
- Explication et discussion des résultats des tests – Analyse fonctionnelle.
 - Conceptualisation du cas.
 - Demande de feed-back au patient
 - Contrat thérapeutique.

Le thérapeute doit s'abstenir de tout commentaire sur la véracité des schémas et poser de prudentes questions inductives ou employer un dialogue socratique (Cottraux, 1995).

2. PHASE 1

Elle se déroule en trois étapes principales.

- Etape 1 : Gestion des situations-problèmes

Les traumatismes vécus dans l'enfance refont surface et exigent le « reparentage » du patient. Le thérapeute incarne un « juge impartial ». Il crée avec le patient un père idéal ou une mère idéale d'une part, et d'autre part un enfant idéal ou une enfant idéale face aux membres déficients de la famille. Ils examinent ainsi ensemble les atteintes et les privations subies par le patient à un âge précoce.

La technique thérapeutique de cette situation se déroule en deux étapes à travers le jeu de rôle. La première étape se fait en imagination, le patient jouant son propre rôle à une période de développement précoce afin de revivre les sentiments et conflits de cet âge, et finalement de résoudre les problèmes abordés dans le traitement par une expérience émotionnelle correctrice. Le thérapeute qui joue le rôle du parent idéal prend soin de l'enfant de façon salubre, apporte du soutien, de la discipline, des prises de conscience, et des conseils. Dans la deuxième étape chacun rejoue son rôle en face à face.

- Etape 2 : Recherche d'authenticité

Persuadés qu'ils ont tous les droits, certains patients dénoncent constamment tous ceux qui s'opposent à eux et deviennent facilement agressifs et défensifs. Ils en viennent à penser que tout le monde est obligé de se comporter avec eux de manière honnête et authentique. Au lieu de se concentrer sur leurs propres besoins et de prendre en considération la réalité de l'autre pour déterminer comment ils pourraient réagir de façon authentique et calme même

dans une situation ressentie comme injuste, ces patients se concentrent uniquement sur la faute de l'autre et l'injustice commise contre eux. Pour défendre ses droits personnels dans de bonnes conditions, le patient doit :

- Se demander si la situation est importante pour lui.
- Imaginer quelles seraient ses émotions s'il ne réagit pas dans cette situation.
- Imaginer les conséquences s'il ne réagit pas dans cette situation
- Faire le bilan.

Pour faire des compromis acceptables, il doit savoir :

- Que tout être humain est unique, chacun a des droits et des devoirs, chacun mérite le respect.
- Que tout être humain a le droit de dire ce qu'il pense, ce qu'il ressent et ce qu'il désire.
- Que la vie en société impose des limites ; qu'il a donc intérêt à négocier avec les autres pour arriver à des compromis acceptables afin de dépasser ces limites.
- Qu'être unique et limité donne à chacun le droit d'être le premier juge de soi-même dans la mesure où chacun est le premier responsable des effets positifs ou négatifs de ses actes. Cela donne aussi à chacun le droit de se développer, d'apprendre et d'évoluer ; le droit de chercher le bonheur dans le respect des autres.
- Que le fait d'être unique et limité est aussi une raison importante pour communiquer avec les autres. Cette communication permet d'éclairer le jugement sur soi, de se développer, d'apprendre et d'évoluer davantage, de mieux connaître les conditions du bonheur.

Il ne suffit pas de connaître tous ces principes, il faut agir pour faire respecter ses droits et respecter les droits des autres pour mieux communiquer.

D'une façon générale, le patient s'imagine qu'il faut avoir le même comportement en toute circonstance. Il faut expliquer que nous avons des comportements différents d'une situation à l'autre ; que nous pouvons être passifs vis-à-vis de certaines personnes et agressifs vis-à-vis d'autres, manipulateurs avec certains et authentiques avec d'autres ; que les enfants, les parents, les amis, le patron, peuvent provoquer en nous des réactions différentes.

Parfois nous sommes différents avec la même personne, différents d'un moment à l'autre. Si nous sommes authentiques lorsque nous empruntons un objet dont nous avons besoin, nous pouvons être agressifs quand nous sommes dérangés dans un travail, passifs devant la critique et manipulateurs quand nous empruntons de l'argent. Mais l'idéal, c'est d'être authentique dans la majorité des situations et avec la majorité des gens. Le tableau suivant sur les caractéristiques de différents types de comportements, décrits par Boisvert et Beaudry en 1979, permet au thérapeute d'entraîner le patient à intégrer ces principes.

Tableau 3 : Caractéristiques de différents types de comportements.

Caractéristiques	Comportements			
	Passif	Manipulateur	Agressif	Authentique
Respect de soi et de l'autre : <ul style="list-style-type: none"> Tient compte des droits, besoins et sentiments des autres et les laisse choisir pour eux-mêmes. Tient compte de ses propres droits, besoins et sentiments et ne laisse pas les autres choisir pour soi. 	oui	non	non	oui
	non	oui	oui	oui
Communication : <ul style="list-style-type: none"> Communique clairement et directement ses besoins et sentiments. Communique ses besoins et sentiments d'une façon appropriée et au moment approprié pour permettre une entente. 	non	non	oui	oui
	non	non	non	oui
Efficacité du comportement : <ul style="list-style-type: none"> Est efficace pour atteindre un but. 	non	oui	oui/non	oui
Sentiments qui en résultent : <ul style="list-style-type: none"> Produit un état de bien-être sans anxiété, dépression ou agressivité, chez la personne elle-même. Produit aussi un état de bien-être chez les autres. 	non	oui	non	oui
	Oui /non	non	non	oui

- Etape 3 : Résolutions des conflits

Les patients anxio-dépressifs ont la critique aisée, mais ne supportent pas la moindre remarque sur leur conduite. Ils préfèrent éviter les conflits par crainte de blesser autrui et détériorer la relation.

Ils accumulent ainsi les frustrations. Ce qui engendre des comportements négatifs : des plaintes, des critiques, de la négation des responsabilités, de l'agressivité, des désaccords multiples et des interruptions.

Au contraire, il est préférable de régler les conflits, d'accepter des responsabilités et faire des compromis. Pour atteindre ces objectifs, les critiques doivent porter sur des faits précis en évitant les critiques vagues et générales : Tu es insensible ou tu es égoïste ou tu es paresseux.

La première tâche assignée au patient dans ce cas est de faire une liste des comportements qu'il juge déplaisants sans utiliser les termes, méchant, injuste, égoïste, etc. A la séance suivante la liste est commentée. On lui présente le tableau suivant qui comporte des plaintes vagues, la formulation déconseillée et celle jugée adéquate :

Tableau 4 : Plaintes vagues et demandes de changement.

Plaintes vagues	Demandes de changement	
	Négative	Positive
Tu es égoïste	Tu ne m'offres jamais une cigarette ou un café. C'est toujours moi qui t'en offre.	J'aimerais que tu m'offres un café ou une cigarette de temps en temps.
Tu es paresseux.	Tu ne fais jamais la vaisselle.	J'aimerais que nous fassions la vaisselle à tour de rôle.
Tu ne t'occupes pas de moi.	Tu ne me demandes jamais comment ça va.	J'aimerais que tu me demandes souvent : comment ça va ?
Tu n'es pas très beau (belle)	Tu mets toujours la même vieille cravate (ou robe).	
Tu ne me respectes pas.		
Tu te conduis comme un enfant.		
Tu es jaloux.		

Le tableau est complété par le patient pour consolider ces acquisitions. Il est plus facile d'acquérir un nouveau comportement que d'accepter d'éliminer une habitude ancrée.

La définition du problème acquise, on demande au patient de proposer différentes solutions possibles aux problèmes suivants :

- Imaginez que vous êtes insatisfaits parce que vous ne faites plus d'activités intéressantes avec vos amis. Trouvez plusieurs activités que vous pourriez faire, sans juger pour le moment si elles sont agréables ou non, possibles ou non.

• Imaginez que votre meilleur ami ou quelqu'un d'important dans votre entourage familial ou professionnel est anxieux ou déprimé. Trouvez différentes choses que vous pouvez faire pour l'aider, sans juger pour le moment si vos solutions sont bonnes ou mauvaises.

Les solutions sont évaluées dans un tableau à quatre colonnes :

Tableau 5: Choix de solutions

Solutions	Conséquences négatives %	Conséquences positives %	Choix de la solution (acceptation ou rejet)

Les solutions choisies sont reprises et classées dans un ordre hiérarchique. Il est alors utile de faire un contrat. Dans ces conditions, un contrat est un échange mutuel de comportements désirés du genre, si tu fais ceci, je ferai cela. Un contrat peut être aussi un engagement personnel en échange d'un désir comme, si je réalise tel comportement, j'obtiendrai telle chose.

Les contrats sont très efficaces pour augmenter les comportements désirables ; ils permettent de fixer des buts précis et d'observer les comportements, les cognitions, les émotions et de faire si possible des ajustements.

Un contrat type :

Contrat	
But du contrat :
Les objectifs spécifiques	: je m'engage à
	Dans les circonstances suivantes :

Structuration de l'environnement :	afin de m'aider à réaliser ces objectifs, je vais structurer mon environnement physique et social en

	et structurer mon environnement interne (auto verbalisations, images, émotions) en

Conséquences sur le plan personnel :	si le contrat est respecté

	Si le contrat n'est pas respecté

Conséquences avec un tiers	: si le contrat est respecté

	Si le contrat n'est pas respecté

Date et signature :	
Témoin :	

Tableau 6 : Exemple de contrat type.

Ce contrat est inspiré de celui de Boisvert et Beaudry (1979).

La vérification des résultats est effectuée à l'aide d'un carnet dans lequel le patient inscrit ses observations. Pour apprécier rapidement l'effet du changement, le thérapeute inscrit à chaque séance ces observations sous forme graphique.

Dans cette démarche, le comportement du thérapeute n'est pas systématiquement moralisant, sentencieux ou critique, mais rassurant, même si

le patient semble parfois dépourvu de sens critique. Entre ces deux attitudes, il y a celle d'un troisième personnage (invisible) qui traite l'information en pesant le pour et le contre, anticipe les conséquences et établit des prédictions sur ces conséquences. Il est objectif et ne porte aucun jugement. Il est discipliné et centré sur la réalité.

Dans la première phase, on évite au maximum une analyse rationnelle des situations. Celle-ci est pratiquée dans la deuxième phase.

3. PHASE 2

La première phase est comportemento-cognitive, la deuxième est cognitivo-émotionnelle. La première utilise un apprentissage inconscient, la deuxième un apprentissage conscient. Cette dernière s'appuie sur la technique de Young.

Cette phase comporte trois points :

- a) Réévaluation des SCP
 - b) Elaboration du modèle de répartition des SCP
 - c) Traitement des SCP :
- Identification des schémas à l'aide du questionnaire SCP (Hautekeete et al. modifié). On explique au patient : « Votre schéma est votre ennemi. Nous voulons vous apprendre à connaître votre ennemi ».
 - Faire comprendre qu'un schéma se forme dans l'enfance : Sensibiliser à l'enfant blessé.

Selon Young, il est difficile de guérir une douleur ancienne sans d'abord la revivre.

Pour ressentir les effets du schéma, il faut donc se remémorer son enfance.

On demande au patient de fermer les yeux et de laisser les images l'envahir. « Ne les forcer pas, contentez-vous de les laisser émerger. Entrez le plus profondément possible en chacune d'elles. Efforcez-vous de les voir clairement.

Quand vous aurez retrouvé l'enfant en vous, nous vous demanderons d'engager un dialogue avec lui. L'enfant intérieur est paralysé. Nous voulons le ranimer, lui donner une vie où croissance et transformation sont possibles. Nous voulons que cet enfant guérisse.

Nous vous demandons de lui parler. Vous pouvez le faire à voix haute ou par écrit ».

- Exposer les faits ; invalider le schéma par le raisonnement.

Pour invalider le schéma, il faut avant tout énumérer tous les arguments pour et contre lui et ce, depuis la naissance. Faire le bilan.

- Ecrire au parent, au frère ou à la sœur, à l'ami, qui a contribué à la formation du schéma qui paralyse l'individu.

« Exprimez-leur vos sentiments. Dites-leur qu'ils vous ont fait du mal, dites ce que vous ressentiez alors. Dites-leur qu'ils ont eu tort d'agir ainsi. Dites-leur comment vous auriez aimé que les choses se produisent.

Cette lettre n'a pas pour but de changer vos parents, mais de faire de vous à nouveau une personne à part entière ».

- Analyser en détail le schéma qui paralyse la vie du patient. Déceler les habitudes auto destructrices qui contribuent à en augmenter l'efficacité.

Enumérer les comportements néfastes et les moyens à mettre en œuvre pour les changer.

- Changer les modes de comportements.

« Les étapes à franchir doivent être progressives. Choisir deux ou trois comportements qui contribuent à accroître l'efficacité du schéma. S'efforcer de mettre en pratique les moyens visant à modifier ces comportements. Pour que cette expérience soit positive, opter pour des actions réalistes ».

- Persister.

Encourager à ne pas capituler, se décourager. Il est possible de modifier un schéma quand on met le temps et les efforts nécessaires. Il faut persévérer.

- Pardonner aux parents.

Ceci n'est pas une nécessité absolue. Mais le pardon vient de lui-même à mesure que progresse la guérison.

Peu à peu, les patients cessent de voir en leurs parents des êtres plus grands que nature, des personnages menaçants, et les envisagent de plus en plus comme des personnes semblables aux autres, affligées de problèmes et d'inquiétudes de toutes sortes. En comprenant que leurs parents ont eux-mêmes subi les effets de schémas, en reconnaissant qu'ils ont été des enfants vulnérables plutôt que des géants, ils parviennent à leur pardonner.

- Post-cure : préparation de la fin de la thérapie centrée sur l'autonomie du patient.

Dans ces conditions, l'efficacité thérapeutique s'avère un gain de temps, assure l'économie psychique et conditionne la prévention des rechutes et des récidives.

Deuxième partie

Recherche quantitative

A – MÉTHODE

L'étude réalisée au service psychiatrique de jour de l'hôpital Necker (Paris) a pour but de sélectionner des patients anxio-dépressifs résistants au traitement pharmacologique et à la thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC) classique.

Ce mode de sélection aurait pour effet de tester l'efficacité de la thérapie cognitivo-émotionnelle de type Young et de vérifier que l'évolution du trouble anxio-dépressif est fonction de l'évolution des schémas précoces inadaptés.

Le recrutement s'effectue en deux temps : une évaluation psychiatrique est suivie d'une évaluation par des questionnaires mesurant l'intensité du trouble anxio-dépressif et le niveau d'activation des schémas.

L'évaluation psychiatrique permet de recruter des patients anxio-dépressifs résistants (DSM-IV TR) sur les facteurs de résistance qui sont bien connus. Parmi ces facteurs, l'âge du sujet est important parce que la dépression après 50 ans favorise une réponse moins satisfaisante aux anti-dépresseurs ; les formes cliniques sont plus volontiers délirantes ou pseudo dementielles ; la présence d'une pathologie intriquée, qu'elle soit endocrinienne (thyroïde), cancéreuse, est possible ; les problèmes de poly médication, de comorbidité psychiatrique, de trouble de personnalité ou de prise de toxiques comme l'alcool doivent aussi être évalués. Il faut également penser aux facteurs liés à la pharmacologie : une mauvaise observance ou des troubles de l'absorption peuvent contribuer à l'inefficacité du traitement. L'utilisation de certains inducteurs enzymatiques et le tabac peut aussi modifier les taux plasmatiques des médicaments.

Cette évaluation est complétée par la passation des instruments de mesure (voir ci-dessous) et la biographie du patient.

1. Sujets

Quatorze sujets (5 hommes et 9 femmes) sont sélectionnés. La moyenne d'âge est de 40,60 ans. Ce sont des patients ambulatoires du Pr. Granger, praticien hospitalier (Hôpital Necker, Paris). Ils sont tous soumis au diagnostic de l'axe I et de l'axe II du DSM. Ces patients étaient suivis depuis plusieurs années (10,5 ans en moyenne). La thérapie comportementale et cognitive classique n'avait pas été efficace pour ces patients. Ils avaient des rendez-vous périodiques pour renouveler la prescription médicale.

Tous les sujets sélectionnés sont reçus une fois par semaine en consultation à l'hôpital Necker dans un bureau prévu pour les séances de thérapie. Les séances se déroulent le vendredi et le samedi (durée : 45 minutes à une heure). Etant données la sévérité de la symptomatologie des sujets et la durée de la thèse prévue (pour trois ans), il n'a pas été possible de recruter plus de patients.

Tous ces patients, d'origine européenne, seraient anxio-dépressifs selon les critères du DSM. Avant d'entrer dans le programme, ils sont évalués par des échelles d'autoévaluation : BASIC-ID (modifié), BDI (dépression), questionnaire de Style de Vie (anxiété), questionnaire de schémas cognitifs précoces (QSCP) qui mesure les schémas précoces inadaptés.

Des quatorze patients recrutés, trois vivent en couple avec des enfants. Neuf exercent une activité salariale, deux sont retraités, un est au chômage, un autre est SDF, et le quatorzième exerce une activité artistique.

Ils ont donné un consentement éclairé. Ils ont fait la preuve de capacités d'auto observation et d'auto contrôle (lors des séances préliminaires) en absence de délire ou hallucination ou de trouble psychotique non spécifié (critères d'exclusion).

Ces patients ont des antécédents personnels de troubles récurrents avec des altérations sociales importantes, un cours évolutif atypique, en particulier de Comorbidité et des symptômes persistants. Les dépressions majeures chroniques (formes unipolaires) présentent un plus grand nombre d'épisodes antérieurs, des taux souvent plus élevés de score de neuroticisme (instabilité émotionnelle, vulnérabilité au stress, disposition anxieuse permanente) avant les troubles et une personnalité pré morbide. Le caractère inadéquat du traitement initial semble aussi être un facteur déterminant pour l'évolution vers la chronicité, ainsi que le défaut d'observance du traitement.

Pour ce qui est de la définition de la résistance, une dépression peut être considérée comme résistante au traitement (pharmacologique) à partir du moment où l'on est en mesure de constater l'échec de deux traitements avec deux médicaments correspondants à deux familles d'antidépresseurs et lorsque ces deux traitements auront été réalisés de façon séquentielle, à dose suffisante et pendant une durée adéquate d'au moins un mois avec une surveillance correcte de l'observance et de la compliance pour les deux médicaments successifs (Allilaire, 1996).

La psychothérapie classique s'avère inefficace dans le traitement de ces patients. Ils font souvent preuve d'opposition, de résistance passive au progrès,

de réticence à mettre en application les traitements ou les modalités de changement de comportement envisagés durant les entretiens psychothérapeutiques. Ces attitudes font partie des difficultés aux quelles nous avons été confrontés dans la prise en charge.

Age des patients :

patients	Ages
BC	50
BI	32
BM	40
CA	28
CC	22
CP	39
CR	23
GC	34
MC	53
ME	58
MH	40
MP	43
PM	65
TM	45

2. Matériel

a) Le DSM-IV

Pour établir le diagnostic, le DSM-IV définit quatre types de critères :

- Les caractéristiques descriptives du symptôme visé
- Sa fréquence ou sa durée
- L'âge auquel il est apparu
- Des critères d'exclusion basés sur la présence d'autres diagnostics.

Un nombre minimum de symptômes est nécessaire pour qu'un diagnostic soit porté. Le DSM-IV comporte cinq axes : seuls les deux premiers sont intéressants pour notre étude :

1. Axe I : les troubles cliniques. Il s'agit de troubles mentaux, de troubles de l'humeur, de troubles anxieux, de consommation de substances, de troubles psychotiques, etc.

Pour chacun des troubles, il y a un ensemble de critères, certains principaux et d'autres secondaires, et une liste de critères de durée.

1.1. Diagnostic de la dépression selon le DSM-IV

Il y a 9 critères diagnostiques de la dépression composés de critères spécifiques et de critères non spécifiques.

1.1.1. Critères spécifiques

- Humeur dépressive
- Pertes d'intérêt ou de plaisir pour les activités
- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée
- Idées suicidaires récurrentes

1.1.2. Critères non spécifiques

- Troubles du sommeil (insomnie ou hypersomnie)
- Agitation ou ralentissement psychomoteur
- Troubles de l'appétit (augmenté ou diminué avec perte ou gain de poids)
- Difficulté de concentration
- Fatigue ou perte d'énergie

Pour affirmer le diagnostic de dépression, la présence d'au moins cinq critères est nécessaire dont au moins 2 dans les critères spécifiques.

2. Axe II : Troubles de la personnalité et retard mental

Les critères diagnostiques généraux des troubles de personnalité (dix troubles spécifiques – Masson, 1996) sont ainsi définis :

A. Modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu. Cette déviation est manifeste dans au moins deux des domaines suivants :

- 1) La cognition (c'est-à-dire la perception et la vision de soi-même, d'autrui et des événements)
- 2) L'affectivité (c'est-à-dire la diversité, l'intensité, la labilité et l'adéquation de la réponse émotionnelle)
- 3) Le fonctionnement interpersonnel
- 4) Le contrôle des impulsions

B. Ces modalités durables sont rigides et envahissent des situations personnelles et sociales très diverses.

- C. Ce mode durable entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D. Ce mode est stable et prolongé et ses premières manifestations sont décelables au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.
- E. Le tableau n'est pas mieux expliqué par les manifestations ou les conséquences d'un autre trouble mental.
- F. Ce mode durable n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple, une drogue donnant lieu à abus ou un médicament) ou à une affection médicale générale (par exemple un traumatisme crânien).

L'axe II peut aussi être utilisé pour noter les principales caractéristiques d'inadaptation de la personnalité qui n'atteignent cependant pas le seuil d'un trouble de la personnalité et « les mécanismes de défense ». L'utilisation habituelle de mécanismes de défense mal adaptés peut aussi être indiquée sur l'axe II.

b) Le BASIC-ID a été élaboré par Lazarus (1976) :

Le système BASIC ID permet d'obtenir lors de l'entretien un recueil des données tant dans le domaine du comportement « ouvert » que dans le comportement « couvert » (images, affects, cognition).

B : Behaviour (comportement ouvert), décrit les comportements problèmes, les conditions de maintien et de déclenchement, la fréquence, la durée et les circonstances d'apparition, évalue la gêne apportée par le comportement problème dans la vie du patient.

A : Affect, évalue les émotions principalement colère, dépression, agressivité, angoisse, plaisir, déplaisir, liés au comportement problème ; la capacité de repérer et définir les contenus émotionnels ; évalue l'expression interpersonnelle des émotions et la stabilité de l'humeur.

S : Sensation, élémentaire, musculaire, intéroceptive.

I : Image mentale liée aux comportements problèmes ; rêverie éveillée dirigée (imaginer un endroit sécurisant, imaginer la maison de son enfance et rencontrer une personne dans cette maison), rêverie éveillée spontanée ou rapporter un rêve des 15 derniers jours.

C : Cognition, cote le système de croyances irrationnelles comme l'omnipotence du passé qui empêche tout changement ou possibilité de changement malgré le passé ; le droit à l'échec et la culpabilité lié à celui-ci, le degré d'auto contrôle et la capacité objective de l'attribution.

I : Interpersonnelles (relations), cote le climat familial, sexualité, relations professionnelles et les loisirs.

D : Drogue et état physique, cote l'abus ou non des drogues (café, tabac, alcool, drogues dures, drogues douces), importance des médicaments, bien être physique.

Selon l'auteur, il permet l'évaluation chiffrée des phobies, obsessions, problèmes sexuels, dépressions, dans le but d'instaurer une thérapie cognitivo-comportementale et de la réévaluer (Cottraux, Bouvard & Légeron, 1985).

Grille de cotation :

Cette échelle pour laquelle il n'existe pas actuellement de validation a été modifiée. Nous l'avons constituée en une échelle d'autoévaluation, composée de 31 items (voir annexe) afin de compléter le SCP par l'analyse de certains comportements (ouverts et couverts). Ci-dessous, les notes attribuées à chaque item :

0 = nul	5 = assez important
1 = très peu	6 = important
2 = assez peu	7 = très important
4 = moyen	8 = extrêmement important

c) Questionnaire de dépression de Beck (BDI, 21 items ; traduit par Delay, Pichot, Lemperière & Mirouze, 1981) :

La note globale à ce questionnaire indique « la profondeur subjective de la dépression ». Elle donne une estimation quantitative de l'intensité de la symptomatologie subjective de la dépression. Il est demandé au patient de remplir le questionnaire en entourant le numéro qui correspond à la proposition choisie. Il peut entourer dans une série plusieurs numéros si plusieurs propositions lui conviennent. La cotation la plus forte est dans ce cas celle retenue. Nous avons utilisé cette échelle à 21 items dont l'étendu est de 0 à 63.

d) Questionnaire de « Style de Vie (SV) » de Hautekeete et al. (1996) :

Ce questionnaire a pour but de mesurer l'anxiété. Il est composé de 66 propositions. Pour chaque proposition qui est faite, le sujet a le choix entre deux réponses :

- Vrai : veut dire qu'il est d'accord pour lui-même avec cette proposition : elle le concerne, elle correspond à ce qui se passe chez lui.
- Faux : veut dire qu'il n'est pas d'accord avec cette proposition, qu'elle ne lui convient pas et ne correspond pas à ce qui se passe réellement pour lui.

Le patient doit répondre en cochant soit la case « vrai », soit la case « faux ».

e) Questionnaire SCP :

La première version (SQI, Young, 1990) est traduite par Mihaescu et Séchaud en 1994 (Cottraux, 1995). Elle comporte 123 items, 14 schémas. La deuxième version (SQII, Young, 1994) comporte 205 items, 14 schémas. Étudiée en psychométrie par Schmidt (1995), 13 schémas sont validés par analyse factorielle. Le nombre des items passe de 205 à 160.

Sept experts en psychologie traduisent le questionnaire de Schmidt (Rusinek, 1999) avec ses 160 items et 13 schémas. Hautekeete et al (2000) ramènent le nombre d'items à 65 pour les 13 schémas (soit 5 items par schéma). C'est cette dernière forme que nous avons utilisée dans cette thèse.

Ce questionnaire permet de déterminer l'activation des schémas précoces inadaptés. Le sujet doit estimer à quel point chacune des affirmations correspond à l'opinion qu'il se fait de lui-même. Pour répondre, il se base sur ce qu'il ressent réellement. Pour chaque affirmation, le sujet donne sa réponse en faisant une croix dans l'un des petits carrés correspondant aux chiffres de 1 à 6, qui se trouve à côté de l'affirmation :

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------|
| 1 = complètement faux pour moi | 4 = un peu plus vrai que faux |
| 2 = plutôt faux pour moi | 5 = plutôt vrai pour moi |
| 3 = un peu plus faux que vrai | 6 = me décrit parfaitement. |

3. Procédure

Nous avons un seul groupe de sujets. Ce groupe expérimental est composé de patients anxio-dépressifs, chroniques, donc de sujets qui n'évoluaient plus sous l'effet des thérapies classiques. Notre but est de montrer que le groupe anxio-dépressif évolue avec l'évolution des schémas précoces inadaptés. La procédure s'effectue en 3 étapes :

- Un pré test est constitué de mesures effectuées avant la thérapie

- La prise en charge thérapeutique d'une durée de 2 ans (voir Chapitre III - première partie)
- Le post-test intervient à la fin de cette intervention et permet les mêmes mesures que celles faites au pré test (voir les différents instruments utilisés dans « matériel »).

La pharmacothérapie est arrêtée progressivement lorsque l'état de chaque patient le permet en fonction de son évolution grâce à la psychothérapie.

B - RÉSULTATS

Le logiciel utilisé est le StatGraphics – Version 5 et centurion II.

1. Résultats Avant-Après traitement

Les résultats obtenus aux différents tests proposés aux sujets évalués au début et à la fin de l'intervention, sont exprimés sous forme de moyennes. Les auteurs des échelles d'évaluation ont proposé des normes pour les notes obtenues par les patients. Nous présentons donc ces normes avant les résultats statistiques obtenus dans la recherche.

1.1. L'inventaire de dépression de Beck (BDI)

Les valeurs données par Beck en fonction de la sévérité de la dépression jugée cliniquement par le psychiatre sont inscrites dans le tableau 7:

Tableau 7 : Normes proposées par Beck (1974) en fonction de la sévérité de la dépression

Notes brutes	Notes standard	Sévérité de la dépression
0 à 4	1	Absence
5 à 9	2	Absence
10 à 14	3	Traits dysthymiques
15 à 19	4	Légère
20 à 24	5	Moyenne
25 à 29	6	Moyenne
30 à 34	7	Sévère
35 à 39	8	Sévère
40 et plus	9	Sévère

Les moyennes de nos 14 sujets anxio-dépressifs Avant et Après le traitement sont indiquées dans le tableau 8 avec les écarts types :

Tableau 8 : Moyennes et écarts types obtenus sur 14 sujets avant et après traitement avec le BDI.

	Avant traitement	Après traitement	ddl	t	p
Moyenne	21,429	9,571	13	4,895	0,0003
Ecart type	10,588	5,761			

On constate que la moyenne avant l'intervention est dans la zone de 20 à 24 des notes brutes. Ce qui correspond à une dépression moyenne. En fin de thérapie, le score se situe dans la zone de 5 à 9 qui correspond à absence de dépression.

Ces résultats montrent qu'il y a un effet positif significatif du traitement sur la dépression.

1.2. Style de Vie (SV)

Cette échelle se compose de 66 items mesurant le degré d'anxiété. Le score d'anxiété peut être compris entre 0 et 66, et plus le score est élevé, plus la personne testée est anxieuse. L'échelle a une forte corrélation avec les mesures de l'anxiété du Cattell ($r_{(359)} = 0,88$; $p = 0,0001$) et la MAS de Taylor ($r_{(359)} = 0,82$; $p = 0,0001$) (Rusinek et al, 1999).

Les moyennes obtenues sur les 14 sujets et les écarts types :

Tableau 9 : Moyennes et écarts types avant et après traitement sur 14 sujets soumis à l'échelle d'anxiété (SV).

	Avant traitement	Après traitement	ddl	t	p
Moyenne	44,857	31,500	13	2,996	0,010
Ecart type	11,588	15,144			

Ces résultats montrent qu'il y a un effet positif significatif du traitement sur l'anxiété

1.3. Le BASIC-ID

Dans ce questionnaire passé en autoévaluation, chaque comportement est composé d'items, et chaque item est noté de 0 à 8. Il n'existe pas de validation. Le tableau 10 indique les moyennes et écarts types sur 14 sujets anxio-dépressifs avant et après traitement.

Tableau 10 : Moyenne des comportements (ouverts et couverts) Avant et Après traitement sur 14 sujets évalués par le BASIC-ID – comparaison Avant-Après par t Student

Comportements (ouverts ou couverts)	Moyenne avant Traitement		Moyenne après traitement		t	p
	m1	σ 1	m2	σ 2		
Behaviour (B)	5,17	1,11	3,34	1,68	3,98	0,001
Affect (A)	3,79	1,73	2,49	1,38	2,82	0,010
Sensation (S)	2,60	2,02	1,45	0,85	2,16	0,040
Image mentale (I)	2,08	1,90	1,58	1,37	0,82	NS
Cognition (C)	4,66	1,49	3,04	1,03	3,58	0,003
Interpersonnelle (relation ; Ri ou I)	3,37	2,12	2,98	1,68	0,98	NS
Drogue (D)	1,99	1,27	1,20	0,57	2,52	0,020

Le tableau 10 montre une diminution significative des moyennes entre les mesures au BASIC-ID Avant et Après le traitement à l'exception de « Image mentale » et « Relations interpersonnelles ».

On peut donc dire qu'il y a un effet positif du traitement sur le trouble anxio-dépressif. Le changement ainsi produit porte, en particulier, sur « Behaviour », « Affect », « Cognition ».

1.4. Les schémas précoces inadaptés (SCP) Avant et Après

1.4.1. Mesures Avant traitement

Chaque schéma est composé d'items, et chaque item est noté de 0 à 6. Pour Young (1995), si la cote est 1, 2, 3, le schéma ne concerne pas le sujet évalué. Si la cote est 4, 5 ou 6, le schéma concerne vraisemblablement le sujet.

1.4.2. Comparaison des schémas des 14 sujets Avant traitement avec les normes obtenues par évaluation de 307 sujets « normaux ».

Tableau 11 : Comparaison des scores au pré-test avec les scores de 307 sujets « normaux » par t Student

SCP	Moyennes Pré-test	Ecartype	Moyennes sujets « normaux »	t	Significativité
Abandon (Ab)	3,78	1,18	2,874	2,908	< 0,01
Attachement (At)	3,78	0,88	3,163	2,124	< 0,05
Autocontrôle insuffisant (Au)	3,37	1,01	2,660	2,567	< 0,05
Carence affective (Ca)	3,88	0,97	2,567	4,356	< 0,001
Dépendance (De)	3,65	1,49	2,193	5,258	< 0,001
Incompétence (In)	4,18	1,05	2,512	6,073	< 0,001
Inhibition Emotionnelle (Inh)	3,10	1,40	2,622	1,682	< 0,10
Isolement (Is)	4,18	1,14	2,365	5,894	< 0,001
Méfiance (Me)	3,48	0,98	3,549	0,210	NS
Peur de perdre son contrôle (Pe)	3,75	1,55	2,982	2,281	< 0,05
Sacrifice de soi (Sa)	3,63	0,72	3,378	0,942	NS
Sens morale implacable (Sm)	3,11	0,90	3,161	0,165	NS
Vulnérabilité (Vu)	3,38	1,30	2,451	3,052	< 0,01

Le tableau 11 montre que les différences entre les scores des patients avant le début de la thérapie et les scores des 307 sujets « normaux » ne sont pas significatives pour 3 schémas : Méfiance (Me), Sacrifice de soi (Sa), Sens morale implacable (Sm).

1.4.3. Comparaison des schémas Avant traitement

1.4.3.1. Représentation graphique

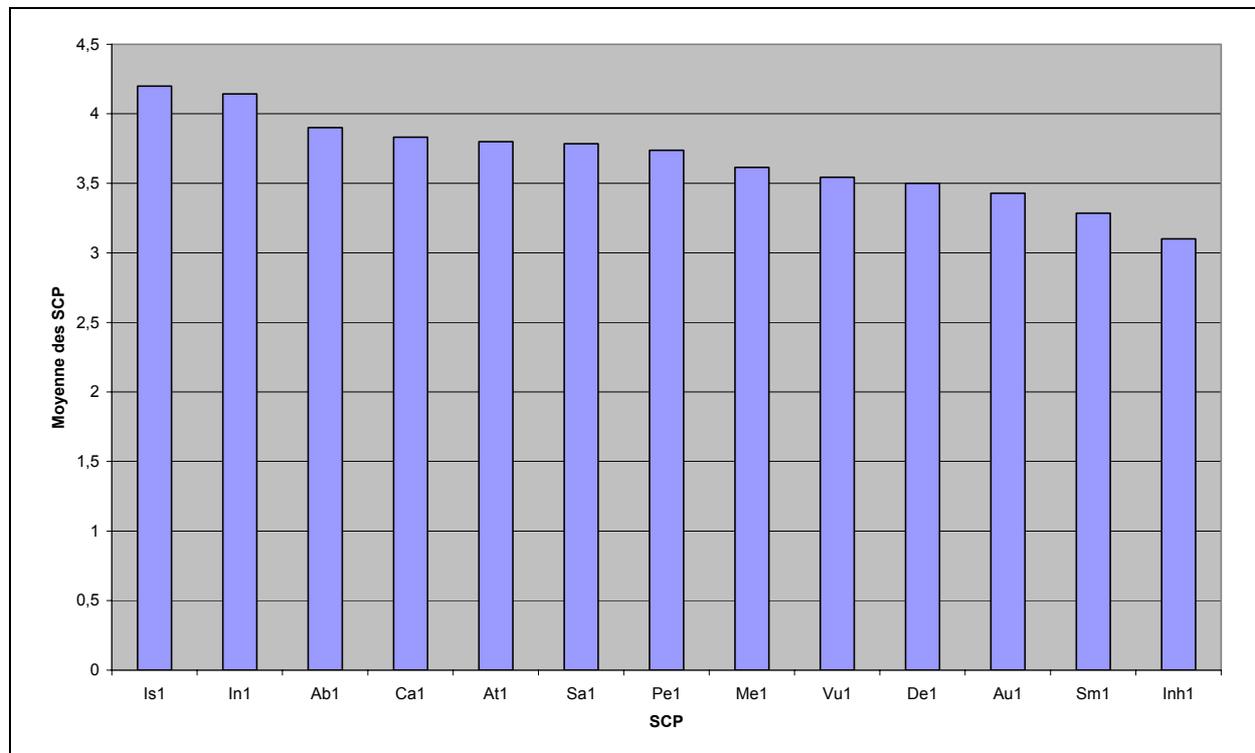


Figure 17: Moyenne des 13 schémas des 14 patients évalués avant la thérapie

En observant cette représentation graphique, il semble apparaître trois catégories :

La première semble composée des schémas isolement (Is), incompetence (In).

La seconde, comprendrait les schémas sentiment d'abandon (Ab), carence affective (Ca), attachement (At), sacrifice de soi (Sa), peur de perdre son contrôle (Pe), méfiance (Me).

La troisième serait constituée par les schémas vulnérabilité (Vu), dépendance (De), autocontrôle insuffisant (Au), sens moral implacable (Sm), inhibition émotionnelle (Inh).

1.4.3.2. Comparaison des schémas deux à deux par t appariés Avant traitement

Tableau 12 : Comparaison des moyennes des SCP deux à deux par t Student (t et p) sur les 14 patients évalués Avant traitement.

	Inl	Abl	Cal	Atl	Sa1	Pe1	Me1	Vul	De1	Aul	Sml	Inh1
Isl	0,201 NS	0,794 NS	1,511 NS	1,706 NS	1,050 NS	1,334 NS	1,702 NS	2,868 0,013	2,824 0,014	2,407 0,031	2,428 0,030	4,063 0,001
Inl		0,777 NS	0,949 NS	1,112 NS	1,040 NS	1,560 NS	2,054 0,060	1,916 0,077	2,400 0,032	2,733 0,017	3,027 0,009	2,465 0,028
Cal				0,112 NS	0,117 NS	0,259 NS	0,640 NS	0,971 NS	0,946 NS	1,267 NS	1,390 NS	2,918 0,012
Atl					0,052 NS	0,168 NS	0,611 NS	0,929 NS	0,859 NS	1,211 NS	1,531 NS	1,780 0,098
Sa1						0,110 NS	0,723 NS	0,684 NS	0,579 NS	1,080 NS	1,627 NS	1,304 NS
Pe1							0,377 NS	0,764 NS	0,792 NS	1,018 NS	1,398 NS	1,261 NS
Me1								0,246 NS	0,320 NS	0,873 NS	0,976 NS	1,098 NS
Vul									0,131 NS	0,397 NS	0,762 NS	1,145 NS
De1										0,232 NS	0,477 NS	1,021 NS
Aul											0,465 NS	0,811 NS

Dans ce tableau, on constate que certains schémas sont bien différenciés de façon significative. Il en résulte que Is et In forment un groupe nettement séparé différent des schémas de la troisième catégorie (voir ci-dessus : Vu, De, Au, Sm, Inh) :

<ul style="list-style-type: none"> • Is ≠ Inh • Is ≠ Sm • Is ≠ Au • Is ≠ De • Is ≠ Vu 	Et	<ul style="list-style-type: none"> • In ≠ Inh • In ≠ Sm • In ≠ Au • In ≠ De
--	----	---

Finalement, on peut considérer les groupes suivants :

- a. Le groupe formé par Is et In est systématiquement (et significativement) différent du troisième groupe.
- b. Dans le groupe intermédiaire, les schémas ne se sont pas en général différenciés de ceux des premier et troisième groupes, mais pour lesquels des différences significatives ou des tendances semblent pouvoir apparaître.
- c. Le groupe composé des schémas Vu, De, Au, Sm, Inh est systématiquement (et significativement) différent du premier groupe.

Il est évident que ceci n'est qu'une approximation, car les limites entre ces groupes ne sont pas nettes. Ces regroupements ne restituent pas le contraste de niveaux d'activation visible dans la figure 17.

2. Corrélations entre anxiété et dépression sur les 14 sujets évalués Avant le traitement :

Il existe entre l'anxiété et la dépression une corrélation substantielle statistiquement significative ($r = 0,572$; $p = 0,03$).

2.1. Corrélations, entre SV (anxiété) et BASIC-ID ; entre BDI (dépression) et BASIC-ID, Avant traitement

Tableau 13 : Corrélations (pre-test) entre anxiété, dépression et le BASIC-ID Avant traitement.

	B	A	S	I	C	I	D
r (SV)	0,625	0,663	0,681	-0,061	0,347	0,201	0,277
p	<0,016	<0,009	<0,007	NS	NS	NS	NS
r (BDI)	0,785	0,582	0,432	0,011	0,551	0,120	0,103
	<0,0001	<0,028	<0,10	NS	<0,040	NS	NS

Le tableau 13 montre que l'anxiété est corrélée significativement avec Behaviour, Affect, Sensation, de façon substantielle. En revanche, Image mentale, Cognition, Interpersonnelle (relation), drogue, ne sont pas corrélés avec l'anxiété.

La dépression est significativement fortement corrélée avec Behaviour. La corrélation est significative et substantielle avec Affect, Sensation, Cognition. Elle n'est pas corrélée avec Image mentale, Interpersonnelle (relation), Drogue.

Cette étude montre que la distinction entre l'anxiété et la dépression réside dans la cognition qui est reliée de façon effective à la dépression, mais semble être moins liée à l'anxiété (corrélation non significative, faible), tandis que la sensation significativement liée à l'anxiété ne donne qu'une tendance avec la dépression.

2.2. Corrélations entre SV, BDI et les SCP Avant traitement

Tableau 14 : Corrélations entre l'anxiété, la dépression et les SCP Avant traitement.

	Ab	At	Au	Ca	De	In	Inh	Is	Me	Pe	Sa	Sm	Vu
r(SV)	0,339	0,522	0,257	0,361	0,723	0,486	0,44	0,708	0,212	0,622	-0,157	0,239	0,576
p	NS	<0,10	NS	NS	<0,003	<0,10	<0,10	<0,004	NS	<0,017	NS	NS	<0,031
r(BDI)	0,208	0,798	0,341	0,683	0,611	0,475	0,52	0,640	0,399	0,514	0,030	0,184	0,579
p	NS	<0,0001	NS	<0,007	<0,020	<0,10	<0,10	<0,013	NS	<0,10	NS	NS	<0,029

Avec le tableau 14, on voit que l'anxiété est corrélée de façon substantielle avec attachement, incompetence, inhibition émotionnelle, peur de perdre son contrôle, vulnérabilité. Elle est fortement corrélée avec dépendance, isolement. Seules les corrélations avec dépendance, isolement, peur de perdre son contrôle et vulnérabilité sont significatives. Les autres corrélations substantielles n'atteignent qu'un seuil de 0,10.

La dépression est fortement corrélée avec le schéma attachement. La corrélation est substantielle avec carence affective, dépendance, incompetence, inhibition émotionnelle, isolement, peur de perdre son contrôle, vulnérabilité. Mais, seules sont significatives les corrélations avec « carence affective », « dépendance », « isolement » et « vulnérabilité ». Les autres corrélations substantielles ne donnent qu'une tendance à 0,10.

On constate que l'anxiété se distingue de la dépression par un schéma : carence affective (Ca) corrélée avec la dépression mais pas avec l'anxiété.

Les schémas dépendance, isolement et vulnérabilité sont les trois schémas corrélés significativement à la fois avec l'anxiété et la dépression. Cependant, si nous prenons les corrélations substantielles (>0,40) qui donnent lieu à une tendance 0,10, on voit qu'en outre l'attachement, l'inhibition émotionnelle, l'incompétence et la peur de perdre son contrôle semblent également reliés à la fois à l'anxiété et à la dépression.

2.3. Corrélations entre les variables du BASIC-ID Avant traitement

Tableau 15 : Corrélations entre les variables du BASIC-ID Avant traitement

	A	S	I	C	I	D
r (B)	0,740	0,368	0,220	0,552	0,471	-0,001
p	<0,002	NS	NS	<0,040	<0,10	NS
r (A)		0,656	0,207	0,697	0,406	-0,047
p		<0,010	NS	<0,005	<0,10	NS
r (S)			-0,143	0,471	0,009	-0,047
p			NS	<0,10	NS	NS
r (I)				0,362	0,497	-0,158
p				NS	<0,10	NS
r (C)					0,198	-0,073
p					NS	NS
r (I)						0,366
p						NS

Behaviour est fortement corrélé de façon significative avec Affect. La corrélation est substantielle avec Cognition, Interpersonnelle (relation).

Affect est corrélé de façon substantielle avec sensation, cognition, Interpersonnelle (relation).

La relation entre Behaviour et Affect (voir aussi Affect et Sensation) d'une part, et d'autre part la relation entre Behaviour et Cognition (voir aussi Affect et Cognition) confirment l'existence d'un lien entre les trois composantes principales du trouble anxio-dépressif, à savoir, Cognition, Emotion, Comportement.

Dans notre recherche, les SCP ne sont pas simplement consacrés à l'évaluation du sujet, ils incarnent aussi une méthode thérapeutique. Par conséquent, avant d'analyser l'implication de chaque SCP dans le changement, nous proposons d'étudier la relation qui lie les uns aux autres.

2.4. Corrélations (r) entre les SCP Avant traitement

Tableau 16 : Corrélations entre les SCP Avant le traitement.

	At	Au	Ca	De	In	Inh	Is	Me	Pe	Sa	Sm	Vu
r(Ab) p	0,362 NS	0,754 <0,001	-0,01 NS	0,486 <0,10	0,454 <0,10	-0,024 NS	0,249 NS	0,761 <0,001	0,547 <0,042	0,476 <0,10	0,180 NS	0,602 <0,02
r(At) p		0,228 NS	0,42 <0,10	0,445 <0,10	0,237 NS	0,316 NS	0,615 <0,019	0,261 NS	0,382 NS	0,258 NS	0,062 NS	0,587 <0,02
r(Au) p			0,32 NS	0,618 <0,018	0,488 <0,10	0,282 NS	0,307 NS	0,666 <0,009	0,614 <0,019	0,005 NS	0,253 NS	0,572 <0,03
r(Ca) p				0,482 <0,10	0,293 NS	0,777 <0,001	0,642 <0,013	0,238 NS	0,450 <0,10	0,251 NS	-0,050 NS	0,558 <0,03
r(De) p					0,715 <0,004	0,497 <0,10	0,762 <0,001	0,438 <0,10	0,690 <0,006	-0,33 NS	0,047 NS	0,597 0,024
r(In) p						0,228 NS	0,465 <0,10	0,517 0,060	0,739 <0,002	-0,05 NS	0,394 NS	0,480 <0,10
r(Inh) p							0,732 <0,002	0,036 NS	0,159 NS	-0,45 NS	-0,139 NS	0,458 <0,10
r(Is) p								0,218 NS	0,498 <0,10	-0,24 NS	0,033 NS	0,744 <0,002
r(Me) p									0,531 =0,050	0,511 0,060	0,147 NS	0,559 <0,037
r(Pe) p										0,037 NS	0,546 <0,043	0,755 <0,001
r(Sa) P											0,122 NS	0,226 NS
r(Sm) P												0,316 NS

Le tableau 16 montre que la corrélation est substantielle entre le schéma sentiment d'abandon (Ab) et les schémas, dépendance (De), incompetence (In), peur de perdre son contrôle (Pe), sacrifice de soi (Sa), vulnérabilité (Vu). Elle est forte avec les schémas autocontrôle insuffisante (Au) et méfiance (Me).

Entre le schéma attachement (At) et les schémas, carence affective (Ca), dépendance (De), isolement (Is), vulnérabilité (Vu), la corrélation est substantielle.

Elle est aussi substantielle entre le schéma autocontrôle insuffisant (Au) et les schémas, dépendance (De), incompetence (In), méfiance (Me), peur de perdre son contrôle (Pe), vulnérabilité (Vu).

Le schéma carence affective (Ca) est corrélé avec les schémas, dépendance (De), isolement (Is), peur de perdre son contrôle (Pe), vulnérabilité (Vu), de façon substantielle. Il est fortement corrélé avec le schéma inhibition émotionnelle (Inh).

Le schéma dépendance (De) est corrélé avec les schémas inhibition émotionnelle (Inh), méfiance (Me), peur de perdre son contrôle (Pe), vulnérabilité (Vu) de façon substantielle. Il est fortement corrélé avec les schémas incompetence (In), isolement (Is).

Le schéma incompetence (In) est corrélé avec les schémas isolement (Is), méfiance (Me), vulnérabilité (Vu) de façon substantielle. Il est fortement corrélé avec le schéma peur de perdre son contrôle (Pe).

Le schéma inhibition émotionnelle (Inh) est corrélé avec le schéma vulnérabilité (Vu) de façon substantielle. Il est fortement corrélé avec le schéma isolement (Is).

Le schéma isolement (Is) est corrélé avec le schéma peur de perdre son contrôle (Pe) de façon substantielle. Il est fortement corrélé avec le schéma vulnérabilité (Vu).

Le schéma méfiance (Me) est corrélé avec les schémas sacrifice de soi (Sa), vulnérabilité (Vu) de façon substantielle.

Le schéma peur de perdre son contrôle (Pe) est corrélé avec le schéma sens moral implacable (Sm) de façon substantielle. Il est fortement corrélé avec le schéma vulnérabilité (Vu).

On peut constater que deux schémas (Ab, At) se distinguent dans cette étude :

- Le schéma sentiment d'abandon (Ab), corrélé avec 7 schémas (De, In, Pe, Sa, Vu, Me, Au)
- Le schéma attachement (At), corrélé avec 4 schémas (Ca, De, Is, Vu).

Les deux schémas restant (Inh, Sm) sont respectivement corrélés avec « carence affective » (Ca) et « peur de perdre son contrôle » (Pe).

Parmi les schémas qui sont corrélés avec Ab, trois sont corrélés avec l'anxiété : De, Pe, Vu (tableau 14). Mais Ab lui-même n'est pas corrélé avec l'anxiété. Il ne l'est pas non plus avec la dépression. En revanche, At est à la fois corrélé avec l'anxiété et la dépression. Or trois des schémas qui sont corrélés avec At sont à la fois corrélés avec l'anxiété et la dépression : De, Is, Vu. Ce qui est conforme à notre description du trouble de l'attachement (page 125) : L'enfant qui n'aurait pas développé sa capacité d'attachement avant deux ans conserve de graves séquelles. Cette période est aussi sensible aux situations de déprivation, de séparation, de négligence dans les soins, et préfigure des

comportements antisociaux ultérieurs. Il n'est pas rare qu'un sentiment d'abandon s'installe.

La personnalité psychopathique et la dépression seraient associées à de fréquentes ruptures de liens affectifs durant l'enfance. L'attachement insécure à 12 mois serait prédictible de la survenue de trouble anxieux. Par conséquent, on peut penser que « abandon » (Ab) et « attachement » (At) jouent un rôle important dans la formation des schémas précoces inadaptés.

3. Comparaison des schémas Après traitement

3.1. Représentation graphique

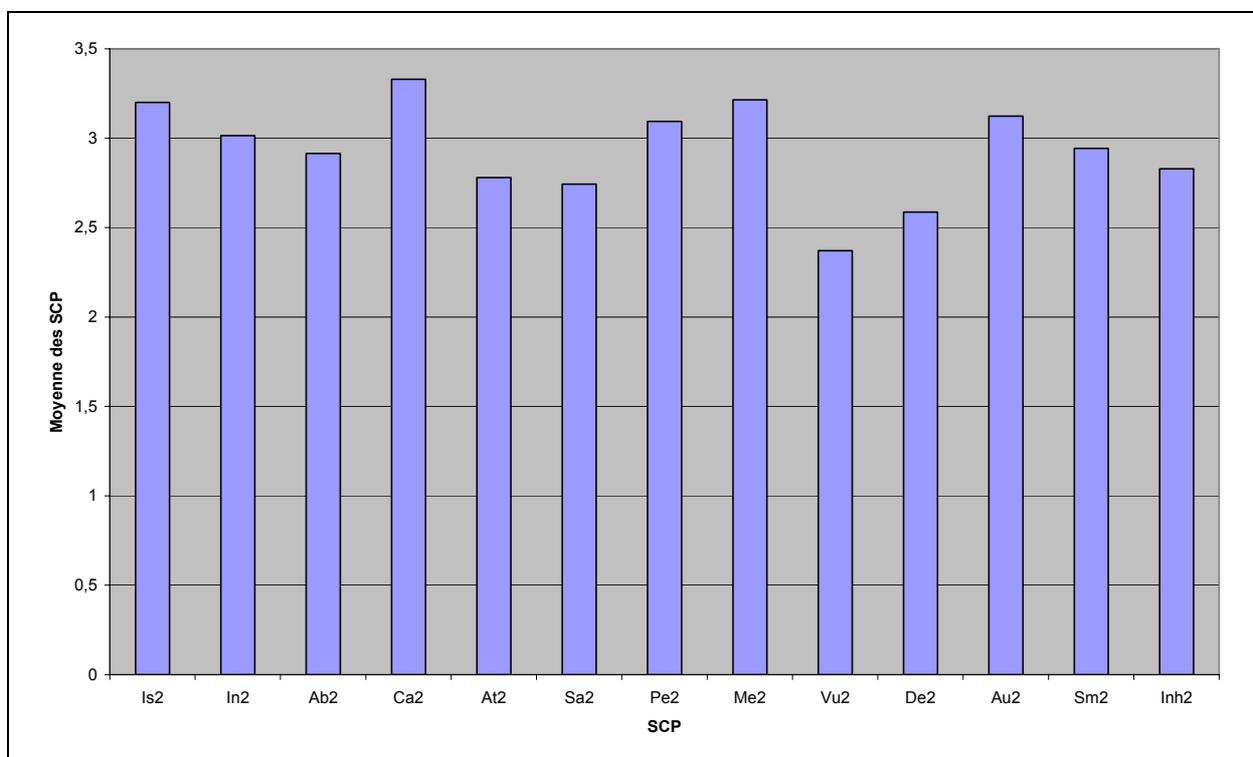


Figure 18: Représentation de la moyenne des schémas des 14 patients évalués Après traitement

Dans la figure 18, on constate des différences d'activation entre les SCP (voir statistique descriptive, tableau 18).

3.2. Comparaison des schémas deux à deux par t appariés Après traitement

Tableau 17: Comparaison des schémas deux à deux par t Student (t et p) Après traitement

	In2	Ab2	Ca2	At2	Sa2	Pe2	Me2	Vu2	De2	Au2	Sm2	Inh2
Is2	1,189 NS	1,508 NS	0,594 NS	1,239 NS	1,628 NS	0,292 NS	0,072 NS	4,146 0,001	2,075 0,058	0,408 NS	0,764 NS	2,392 0,032
In2		0,447 NS	1,973 NS	0,863 SNS	1,129 NS	0,251 NS	1,472 NS	2,494 0,026	1,263 NS	0,459 NS	0,226 NS	0,863 NS
Ab2			1,656 NS	0,492 NS	0,927 NS	0,553 NS	1,228 NS	2,571 0,023	1,189 NS	1,236 NS	0,118 NS	0,405 NS
Ca2				1,694 NS	2,760 0,016	0,645 NS	0,543 NS	2,892 0,012	1,856 0,086	0,753 NS	1,121 NS	1,789 0,097
At2					0,141 NS	1,211 NS	1,394 NS	1,117 NS	0,621 NS	1,127 NS	0,642 NS	0,149 NS
Sa2						1,166 NS	2,039 0,062	1,179 NS	0,453 NS	1,543 NS	0,897 NS	0,275 NS
Pe2							0,355 NS	1,857 0,086	1,794 0,096	0,096 NS	0,445 NS	1,736 NS
Me2								3,622 0,003	1,752 0,100	0,347 NS	0,966 NS	1,854 0,086
Vu2									0,825 NS	3,102 0,008	1,753 0,100	2,084 0,057
De2										2,390 0,032	0,945 NS	0,762 NS
Au2											0,568 NS	1,516 NS

Après la thérapie, on voit que le schéma vulnérabilité (Vu) est significativement moins activé que l'ensemble des SCP à l'exception des schémas attachement (At), dépendance (De), sacrifice de soi (Sa) :

- Vu ≠ Is
- Vu ≠ Ca
- Vu ≠ Me
- Vu ≠ Au
- Vu ≠ In
- Vu ≠ Inh
- Vu ≠ Ab
- Vu ≠ Pe
- Vu ≠ Sm

Mais le niveau d'activation des schémas en fin de thérapie dépend à la fois de celle-ci et du niveau de départ. En conséquence, ce qui semble le plus

intéressant, c'est bien l'évolution des schémas entre le début et la fin de la thérapie, et qui indique l'effet de celle-ci.

3.3. Evolution des schémas Pré-test moins Post-test

3.3.1. Représentation graphique

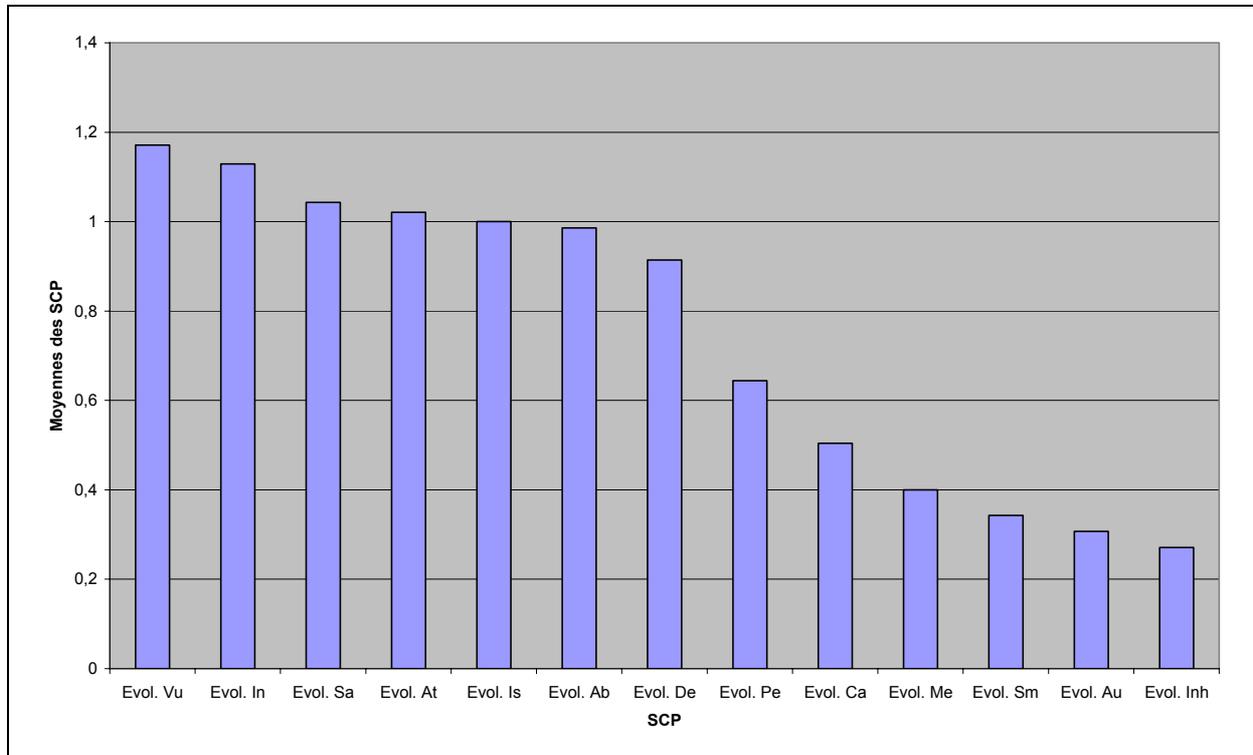


Figure 19: Représentation de l'évolution des schémas sur 14 patients évalués Avant et Après traitement

La figure 19 montre qu'il semble y avoir d'importantes différences dans l'évolution des 13 schémas.

L'évolution la plus importante toucherait deux schémas : Vu, In.

Ensuite paraissent intervenir dans cette évolution les schémas : Sa, At, Is, Ab, De.

Elle serait significative pour ces deux catégories.

Enfin, apparaissent six schémas (Pe, Ca, Me, Sm, Au, Inh) pour lesquels l'évolution est la moins importante (non significative).

3.3.2. Comparaison des schémas Avant-Après traitement

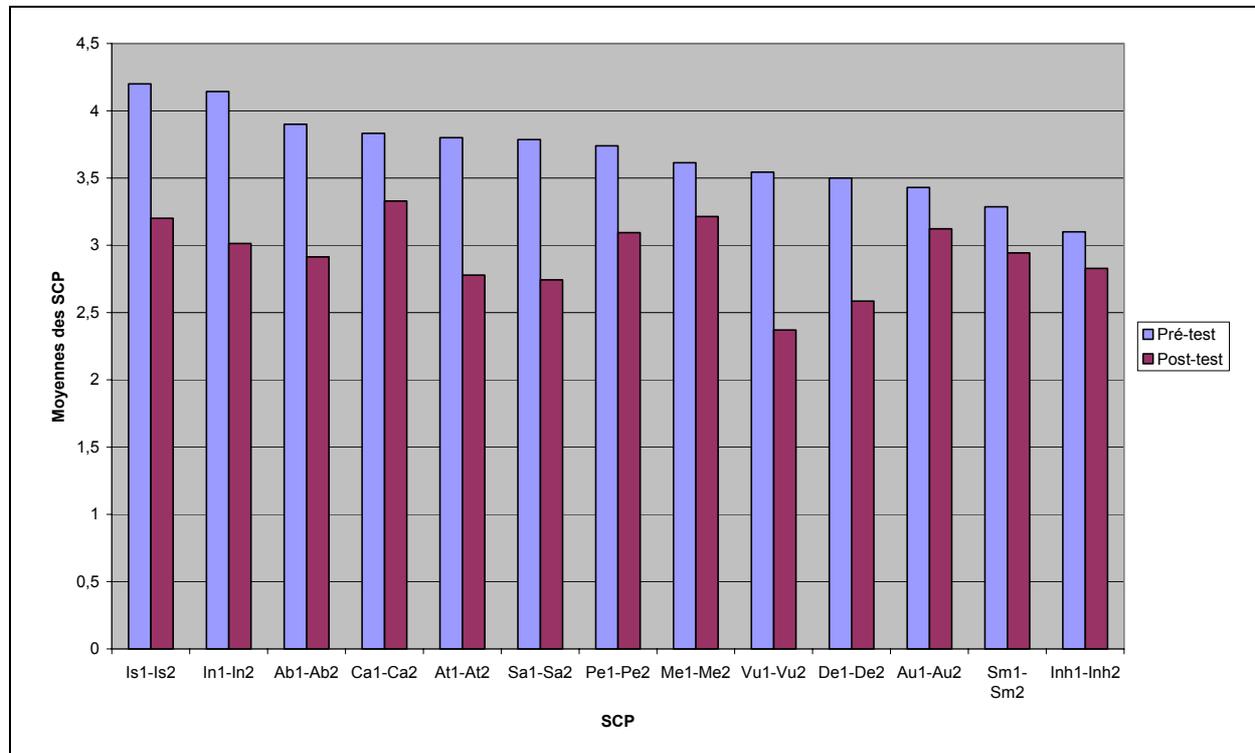


Figure 20: Comparaison des schémas sur 14 patients évalués Avant et Après traitement

La figure 20 montre l'évolution de chaque schéma par rapport à sa note avant la thérapie. La statistique t de Student permet de préciser cette évolution.

3.3.3. Comparaison des schémas Avant-Après traitement par t Student appariés

Tableau 18 : Moyenne des SCP sur les 14 sujets évalués Avant et Après traitement comparaison Avant-Après par t Student.

Variables	Moyennes pré (1) et post-test (2)	Ecart type	t	p
Abandon (Ab1)	3,78	1,18		
Abandon (Ab2)	2,91	0,73	2,67	0,019
Attachement (At1)	3,78	0,88		
Attachement (At2)	2,85	0,88	3,51	0,003
Autocontr. Insuf. (Au1)	3,37	1,01		
Autocontr. Insuf. (Au2)	3,19	1,03	1,02	NS
Carence affective (Ca1)	3,88	0,97		
Carence affective (Ca2)	3,45	1,28	1,32	NS
Dépendance (De1)	3,65	1,49		
Dépendance (De2)	2,70	1,24	2,73	0,016
Incompétence (In1)	4,18	1,05		
Incompétence (In2)	3,06	1,23	2,79	0,015
Inhibition émotion. (Inh1)	3,10	1,40		
Inhibition émotion. (Inh2)	2,78	1,23	0,58	NS
Isolement (Is1)	4,18	1,14		
Isolement (Is2)	3,20	1,27	2,43	0,030
Méfiance (Me1)	3,48	0,98		
Méfiance (Me2)	3,18	1,23	1,12	NS
Peur de p. son cont. (Pe1)	3,75	1,55		
Peur de p. son cont. (Pe2)	3,19	1,28	1,43	NS
Sacrifice de soi (Sa1)	3,63	0,72		
Sacrifice de soi (Sa2)	2,78	0,80	4,231	0,001
Sens moral implac. (Sm1)	3,11	0,90		
Sens moral implac. (Sm2)	2,85	0,60	1,40	NS
Vulnérabilité (Vu1)	3,38	1,30		
Vulnérabilité (Vu2)	2,28	0,72	2,62	0,021

Le tableau 18 montre que l'évolution enregistrée par les schémas Ab, At, De, In, Is, Sa, Vu est statistiquement significative. Elle n'est pas significative pour les six autres schémas (Pe, Ca, Me, Sm, Au, Inh).

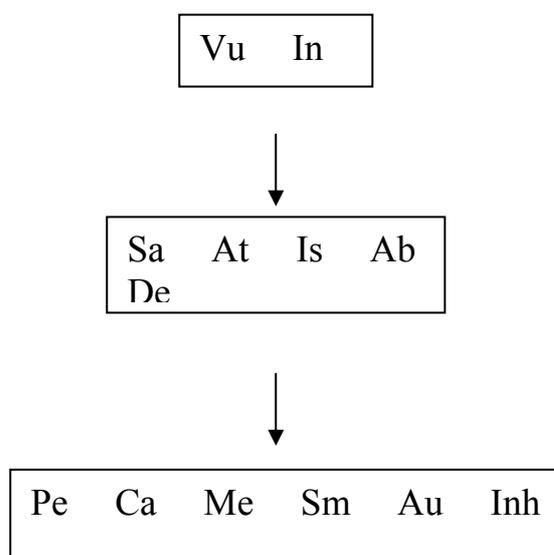
Nous envisageons la comparaison de ces évolutions prises deux à deux par t appariés pour analyser ces résultats.

3.3.4. Comparaison des évolutions des schémas prises deux à deux par t appariés

Tableau 19 : Evolution des schémas deux à deux par t Student (t et p)

Evol.	In	Sa	At	Is	Ab	De	Pe	Ca	Me	Sm	Au	Inh
Vu	0,113 NS	0,154 NS	0,322 NS	0,537 NS	0,526 NS	0,751 NS	1,437 NS	1,796 0,095	2,111 0,054	2,150 0,050	2,560 0,023	2,110 0,054
In		0,195 NS	0,285 NS	0,481 NS	0,471 NS	0,693 NS	1,306 NS	1,850 0,087	2,832 0,014	3,269 0,006	2,640 0,020	2,110 0,054
Sa			0,071 NS	0,093 NS	0,168 NS	0,300 NS	0,896 NS	1,291 NS	1,890 0,081	2,555 0,024	2,410 0,031	1,366 NS
At				0,050 NS	0,114 NS	0,333 NS	1,061 NS	1,137 NS	2,218 0,045	2,033 0,063	2,338 0,036	1,463 NS
Is					0,036 NS	0,270 NS	0,863 NS	2,483 0,027	1,803 0,094	1,942 0,074	2,225 0,044	3,191 0,007
Ab						0,266 NS	1,761 0,10	1,239 NS	3,593 0,003	2,608 0,021	3,513 0,003	1,443 NS
De							1,025 NS	1,158 NS	2,375 0,033	1,994 0,067	2,841 0,013	1,806 0,094
Pe								0,331 NS	0,932 NS	0,862 NS	1,415 NS	0,730 NS
Ca									0,294 NS	0,534 NS	0,729 NS	0,833 NS
Me										0,239 NS	0,467 NS	0,311 NS

La représentation graphique de l'évolution des schémas en données brutes (figure 20) semble montrer un ordre d'importance décroissant. Les résultats statistiques apportent une précision à cette évolution. En effet, le tableau 19 indique les schémas dont les évolutions sont significativement différentes permettant ainsi d'obtenir trois groupes à peu près distincts. Il n'est pas possible de montrer des « frontières » nettes, mais il semble que trois groupes se dessinent à partir de ces données :



3.4. Corrélations (r) entre les évolutions : anxiété, dépression, BASIC-ID

Tableau 20 : Corrélations entre l'évolution de l'anxiété, de la dépression et l'évolution du BASIC-ID.

	B	A	S	I	C	I	D
Anx	0,539	0,532	0,438	0,417	0,228	0,307	0,039
Suj.	14	14	14	14	14	14	14
p	0,046	0,049	NS	NS	NS	NS	NS
BDI	0,476	0,469	0,200	0,045	0,026	0,014	0,104
Suj.	14	14	14	14	14	14	14
p	0,085	0,090	NS	NS	NS	NS	NS

L'évolution de l'anxiété et de la dépression est corrélée significativement ou en tendance avec celles de Behaviour et de Affect, toujours de façon substantielle.

3.5. Analyse de régression multiple pas à pas – évolution SCP sur évolution anxiété.

Pour étudier l'influence de l'évolution des SCP sur l'évolution de l'anxiété et de la dépression, nous envisageons une analyse de régression multiple pas à pas.

Variable dépendante : évolution Avant-Après de l'anxiété (Anx)
Variables indépendantes : les évolutions des 13 SCP

Paramètre	Statistique t	p
Constante	2,65	0,0329
In	3,36	0,0121
Me	2,29	0,0559
Ab	2,35	0,0513
At	1,95	<0,10
De	1,48	NS
Pe	1,77	NS

Analyse de variance

Source	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	p
Modèle	3058,97	6	509,828	6,39	0,0139
Résiduel	558,24	7	79,749		
Total (Corr.)	3617,21	13			

Le tableau affiche les résultats de l'ajustement d'un modèle de régression linéaire multiple pas à pas pour décrire la relation entre l'anxiété et 13 variables

explicatives. La proportion de la variance indique que le modèle ajusté explique 84,57% de la variabilité de l'anxiété.

Les différentes étapes de la régression multiple pas à pas : sélection ascendante

Etape 1 :

Entrée de la variable incompetence (In)

Une variable dans le modèle : ddl = 12 ; proportion de la variance : 69,05%
p = 0,012

Etape 2

Entrée de la variable attachement (At)

Deux variables dans le modèle : ddl = 11 ; proportion de la variance : 1,98%
p = 0,092

Etape 3

Entrée de la variable méfiance (Me)

Trois variables dans le modèle : ddl = 10 ; proportion de la variance : 1,02%
p = 0,055

Etape 4

Entrée de la variable abandon (Ab)

Quatre variables dans le modèle : ddl = 9 ; proportion de la variance : 5,47%
p = 0,051

Etape 5

Entrée de la variable peur de perdre son contrôle (Pe)

Cinq variables dans le modèle : ddl = 8 ; proportion de la variance : 2,21%
p = 0,119 (NS)

Etape 6

Entrée de la variable dépendance (De)

Six variables dans le modèle : ddl = 7 ; proportion de la variance : 4,884%
p = 0,182 (NS)

Quatre variables indépendantes sur les six variables sélectionnées par le modèle sont significativement reliées à l'évolution de l'anxiété ($p < 0,05$, voir tableau ci-dessus). Le schéma incompetence (In) produit l'influence la plus importante (69,05%). Le deuxième schéma le plus influent est le sentiment d'abandon (Ab : 5,47%). En fin, les deux derniers schémas qui influencent cette évolution sont respectivement attachement (At : 1,98%) et méfiance (Me : 1,02%).

On peut donc dire que la variance expliquée de l'évolution de l'anxiété est de 77,52% et non de 84,57%.

Les autres variables indépendantes (Au, Ca, De, Inh, Is, Pe, Sa, Sm, Vu) n'interviennent pas dans le modèle.

3.6. Analyse de régression multiple pas à pas – évolution SCP sur évolution dépression.

Variable dépendante : évolution Avant-Après de la dépression (BDI)
Variables indépendantes : les évolutions des 13 SCP

Paramètre	Statistique t	p
Constante	7,69	0,0003
Au	3,46	0,0135
Me	4,84	0,0029
Ab	4,35	0,0048
At	4,44	0,0044
De	3,92	0,0078
Inh	2,19	0,0711
Pe	5,73	0,0012

Analyse de variance

Source	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	p
Modèle	961,58	7	137,36	7,77	0,0117
Résiduel	59,10	6	17,68		
Total (Corr.)	1067,71	13			

La variance totale exprimée est de 90,06%.

Les différentes étapes de la régression multiple pas à pas : sélection ascendante

Etape 1 :

Entrée de la variable inhibition émotionnelle (Inh)

Une variable dans le modèle : ddl = 12 ; proportion de la variance : 26,44%
p = 0,071.

Etape 2 :

Entrée de la variable peur de perdre son contrôle (Pe)

Deux variables dans le modèle : ddl = 11 ; proportion de la variance : 1,25%
p = 0,001.

Etape 3 :

Entrée de la variable autocontrôle insuffisant (Au)

Trois variables dans le modèle : ddl = 10 ; proportion de la variance : 13,16%
p = 0,013.

Etape 4

Entrée de la variable attachement (At)

Quatre variables dans le modèle : ddl = 9 ; proportion de la variance : 5,88%
p = 0,004

Etape 5

Entrée de la variable méfiance (Me)

Cinq variables dans le modèle : ddl = 8 ; proportion de la variance : 4,33%
p = 0,002.

Etape 6

Entrée de la variable abandon (Ab)

Six variable dans le modèle : ddl = 7 ; proportion de la variance : 13,52%
p = 0,005.

Etape 7

Entrée de la variable dépendance (De)

Sept variable dans le modèle : ddl = 6 ; proportion de la variance : 25,48%
p = 0,008

Toutes ces 7 variables indépendantes sont significativement reliées à l'évolution de la dépression (p < 0,05 ; pour Inh : p < 0,10).

Six schémas (Ca, In, Is, Sa, Sm, Vu) n'interviennent pas dans le modèle.

Dans ce modèle, les schémas qui ont la contribution la plus importante sont « inhibition émotionnelle » (Inh : 26,44%) et « dépendance » (De : 25,48%). « Abandon » et « autocontrôle insuffisant » ont une contribution moins importante (Ab : 13,52% ; Au : 13,16%). La contribution la plus faible est attribuée aux schémas « attachement » (At : 5,88%), « méfiance » (Me : 4,33%), « peur de perdre son contrôle » (Pe : 1,25%).

Ces résultats montrent que « attachement » influence à la fois l'évolution de l'anxiété et celle de la dépression. Mais il n'est corrélé avec aucun des autres schémas qui influencent l'évolution des deux troubles à l'exception de « dépendance » qui influence fortement l'évolution de la dépression (25,48%). Par contre, «abandon » est corrélé avec tous les schémas qui influencent

l'évolution des deux troubles à l'exception de « attachement » et « inhibition émotionnelle ». Celle-ci est corrélée avec « dépendance » qui est corrélée à fois avec « abandon » et « attachement ».

4. Discussion

Les résultats statistiques sur les mesures avant la thérapie montrent que les sujets présentent une dépression moyenne par rapport aux normes proposées par Beck (1974). Avec les mêmes normes, il y a une absence de dépression à la fin de la thérapie. Ce qui est en faveur d'un effet positif significatif du traitement sur la dépression (tableau 7 et 8).

Les résultats montrent également qu'il y a un effet positif significatif du traitement sur l'anxiété (voir tableau 9).

Les mesures au BASIC-ID avant et après le traitement montrent l'existence d'un effet positif du traitement sur le trouble anxio-dépressif (tableau 10). Le changement porte essentiellement sur « Behaviour », « Affect », « Cognition ».

La comparaison des scores des patients avant le début de la thérapie avec les scores de 307 sujets « normaux » montre des différences non significatives pour trois schémas : Me, Sa, Sm. Les autres différences sont significatives (tableau 11).

La comparaison graphique des schémas avant traitement fait apparaître trois catégories (figure 17) :

Catégories	Schémas
1	Is In
2	Ab Ca At Pe Sa Pe
3	Vu De Au Sm Inh

La comparaison de ces schémas deux à deux par t appariés montre que certains schémas sont bien différenciés de façon significative (tableau 12). Is et In forment bien une catégorie nettement séparée, différente des schémas de la troisième catégorie (Vu, De, Au, Sm, Inh). Finalement, on peut considérer les groupes suivants :

- Le groupe formé par Is, In, est significativement différent du troisième groupe.

- Dans le groupe intermédiaire, les schémas ne sont pas en général différenciés de ceux des deux autres groupes. Mais des différences significatives ou des tendances semblent pouvoir apparaître avec ceux-ci.

Ces groupements ne restituent pas le contraste de niveaux d'activation visible dans la figure 17.

L'étude de corrélations montre qu'il existe entre l'anxiété et la dépression une corrélation substantielle statistiquement significative ($r = 0,572$; $p = 0,03$).

Cette étude entre l'anxiété, la dépression et le BASIC-ID avant le traitement montre que la distinction entre l'anxiété et la dépression réside dans la cognition qui est reliée de façon effective à la dépression. Elle semble être moins liée à l'anxiété (corrélation non significative, faible), tandis que la sensation, significativement liée à l'anxiété ne donne qu'une tendance avec la dépression (voir tableau 13).

La même étude avec les SCP montre que l'anxiété se distingue de la dépression par un schéma : Ca (tableau 14). La carence affective (Ca) est corrélée avec la dépression, mais pas avec l'anxiété.

Trois schémas sont significativement corrélés à la fois avec l'anxiété et la dépression : De, Is, Vu. Avec Les corrélations substantielles ($> 0,40$) qui donnent lieu à une tendance 0,10, quatre autres schémas (In, Inh, Pe, At) semblent être reliés à la fois à l'anxiété et à la dépression.

La corrélation entre les variables du BASIC-ID confirme l'existence d'un lien entre les trois composantes principales du trouble anxio-dépressif : Cognition, Emotion, Comportement. En effet, Behaviour est fortement corrélé de façon significative avec affect. La corrélation est substantielle avec Cognition, Interpersonnelle (relation). Affect est corrélé de façon substantielle avec Sensation, Cognition, Interpersonnelle (tableau 15).

Dans la corrélation entre les SCP avant traitement, on peut constater que deux schémas (Ab, At) se distinguent des autres (tableau 16) :

Le schéma sentiment d'abandon (Ab) est corrélé avec 7 schémas :

De, In, Pe, Sa, Vu, Me, Au.

Le schéma attachement (At) est corrélé avec 4 schémas :

Ca, De, Is, Vu.

Les deux schémas (Inh, Sm) restants sont respectivement corrélés avec carence affective (Ca) et peur de perdre son contrôle (Pe). Par conséquent, on peut penser que le schéma sentiment d'abandon (Ab) et le schéma attachement (At) jouent un rôle important dans la formation des schémas précoces inadaptés.

Dans la comparaison graphique des schémas après traitement (figure 18), on constate des différences d'activation.

La comparaison de ces schémas deux à deux par t appariés (tableau 18) montre que le schéma vulnérabilité (Vu) est significativement moins activé que l'ensemble des SCP à l'exception des schémas attachement (At), dépendance (De), sacrifice de soi (Sa). Mais le niveau d'activation des schémas en fin de thérapie dépend à la fois de celle-ci et du niveau de départ. Par conséquent, ce qui semble le plus intéressant, c'est bien l'évolution des schémas entre le début et la fin de la thérapie, et qui indique l'effet de celle-ci.

L'évolution des 13 schémas (pré-test moins post-test) par la représentation graphique (figure 19) montre qu'il semble y avoir d'importantes différences. L'évolution la plus importante toucherait deux schémas : Vu, In.

Ensuite paraissent intervenir les schémas : Sa, At, Is, Ab, De.

Enfin, apparaissent six schémas (Pe, Ca, Me, Sm, Au, Inh) pour lesquels l'évolution est la moins importante.

La comparaison des schémas Avant-Après traitement par t Student appariés (tableau 19) montre que l'évolution enregistrée par les schémas Ab, At, De, In, Is, Sa, Vu, est statistiquement significative. Elle n'est pas significative pour les six autres schémas : Pe, Ca, Me, Sm, Au, Inh.

La comparaison de ces évolutions prises deux à deux par t appariés indique (tableau 19) les schémas dont les évolutions sont significativement différentes, permettant ainsi d'obtenir trois groupes à peu près distincts. Bien que les « frontières » ne soient pas nettes, il semble que trois groupes se dessinent à partir de ces données :

Groupes	Schémas
1	Vu In
2	Sa At Is Ab De
3	Pe Ca Me Sm Au Inh

L'évolution de l'anxiété et de la dépression est corrélée significativement ou en tendance avec celles de Behaviour et Affect, toujours de façon substantielle.

L'analyse de régression linéaire multiple montre que les évolutions de 4 variables indépendantes (In, Me, Ab, At) sur six variables sélectionnées (In, Me, Ab, At, De, Pe) par le modèle sont significativement reliées à l'évolution de l'anxiété ($p < 0,05$).

L'évolution du schéma incompétence (In) produit l'influence la plus importante (69,05%). Le deuxième schéma le plus influent est le schéma sentiment d'abandon (Ab : 5,47%). Enfin, les deux derniers schémas qui influencent cette évolution sont respectivement le schéma attachement (At : 1,98%) et le schéma méfiance (Me : 1,02%). Par conséquent, la variance totale expliquée de l'évolution de l'anxiété est de 77,52%.

Les évolutions de sept variables indépendantes (Au, Me, Ab, At, De, Inh, Pe) sont significativement reliées, ou en tendance, à l'évolution de la dépression ($p < 0,05$; pour Inh : $p < 0,10$). Dans ce modèle, les schémas qui ont la contribution la plus importante sont « inhibition émotionnelle (Inh : 26,44%), et « dépendance » (De : 25,48). « Abandon » et « autocontrôle insuffisant » ont une contribution moins importante (Ab : 13,52% ; Au : 13,16%).

La contribution la plus faible est attribuée aux schémas « attachement » (At : 5,88%), « méfiance » (Me : 4,33%), « peur de perdre son contrôle » (Pe : 1,25%).

L'évolution du schéma attachement (At) influence à la fois l'évolution de l'anxiété et celle de la dépression. Il est corrélé avec « dépendance » ($p < 0,10$) dont l'évolution influence fortement l'évolution de la dépression (25,48%).

L'évolution du schéma sentiment d'abandon (Ab) influence également à la fois l'évolution de l'anxiété et celle de la dépression. Mais « Abandon » est corrélé avec « autocontrôle insuffisant » ($p < 0,001$), « méfiance » ($p < 0,001$), « peur de perdre son contrôle » ($p < 0,042$), « incompétence » ($p < 0,10$) et « dépendance » ($p < 0,10$).

L'examen des cas cliniques permettra sans doute d'observer l'influence de ces évolutions sur le trouble anxio-dépressif.

4. Cas cliniques

L'observation des résultats statistiques indique que l'évolution de certains schémas influence l'évolution du trouble anxio-dépressif. Nous illustrons cette observation par les deux patients qui ont obtenu les meilleurs résultats et l'un des patients résistants (voir critères de sélection).

5.1. Mademoiselle C.C.

22 ans, est adressée au service psychiatrique de l'hôpital Necker par son médecin traitant (endocrinologue) : Elle souffre de diabète et ne respecte pas les prescriptions médicales. Elle a échappé de justesse à la mort à deux reprises. L'entretien psychiatrique la déclarant anxio-dépressif, elle est donc sélectionnée dans notre programme. Soumise à l'évaluation par les différentes échelles nous enregistrons les résultats suivants :

1. SCP

SCP1 : In = 2,8 ; Ca = 3,8 ; Is = 3,2 ; Au = 3,29 ; Me = 2,4 ; Sa = 4 ;
Sm = 1,8 ; Ab = 4,2 ; At = 3,2 ; Vu = 2,8 ; De = 3 ; Inh = 1,6 ; Pe = 3,33

SCP2 : In = 3 ; Ca = 3,4 ; Is = 2,4 ; Au = 3,86 ; Me = 3,4 ; Sa = 4 ;
Sm = 2,6 ; Ab = 4 ; At = 3 ; Vu = 2 ; De = 2,2 ; Inh = 1,4 ;
Pe = 3.

Ces schémas sont représentés graphiquement ci-dessous. SCP1 = schéma précoce de l'enfance ; SCP2 = schéma précoce à l'âge adulte.

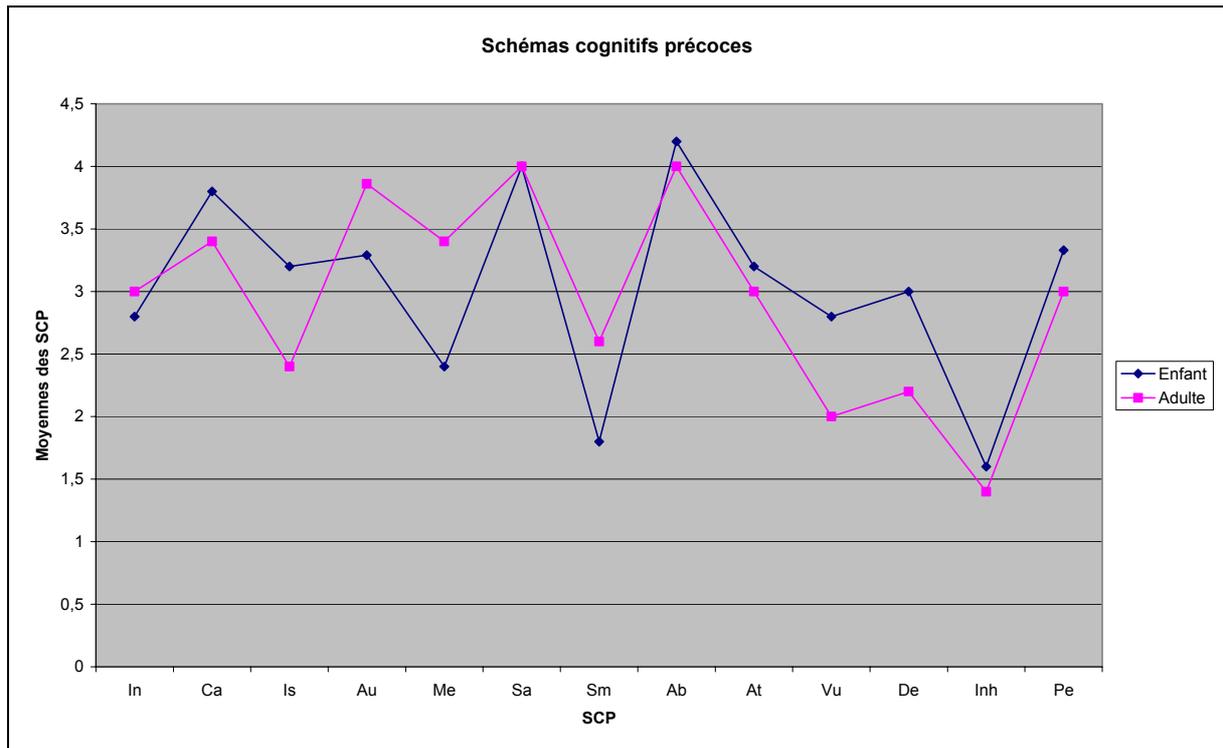


Figure 21 : Représentation graphique des SCP

Les schémas les plus importants de l'enfance pour Mademoiselle CC :

Ca = 3,8 ; Is = 3,2 ; Au = 3,29 ; Sa = 4 ; Ab = 4,2 ; At = 3,2 ; Pe = 3,33

A l'âge adulte :

Ca = 3,4 ; Au = 3,86 ; Me = 3,4 ; Sa = 4 ; Ab = 4

On constate qu'à l'âge adulte les schémas isolement, attachement et peur de perdre son contrôle deviennent secondaires, alors que les schémas autocontrôle insuffisant et méfiance se renforcent.

2. Anxiété et dépression

L'anxiété est évaluée à l'aide de l'échelle de style de vie (SV).

SV (Anxiété) = 32

L'évaluation de la dépression est effectuée avec l'inventaire de dépression de Beck.

BDI (Dépression) = 10

Ces évaluations permettent d'expliquer au patient la méthode et d'engager l'identification et la modification des schémas.

3. Identification et modification des schémas

Comme nous avons décrit précédemment, les schémas sont des modes habituels de comportement acquis depuis l'enfance. Ils sont souvent ancrés en nous et difficiles à changer. Pour parvenir au changement, il faut du courage, de la discipline et de la persévérance.

3.1. Séance 1

Cette séance consiste à rechercher les liens entre les événements de vie et les schémas qui apparaissent à l'évaluation. Nous demandons donc au patient de prendre la position qui lui convient le mieux, les mains posées à plat sur les cuisses.

Thérapeute :

- Souvent, lorsque l'on se détend, on éprouve le besoin de fermer les yeux ;
- Prenez conscience de l'environnement, le siège sur lequel vous êtes assis, les bruits extérieurs, surtout ma voix ; vous l'entendez comme dans un rêve.
- Vous vous concentrez sur votre corps, et vous détendez votre corps
- Vous vous détendez de plus en plus
- Cette détente vous procure une agréable sensation de bien-être
- Cette détente va s'accroître irrésistiblement
- Chaque exercice augmente la profondeur de la relaxation

Vous respirez profondément et vous pensez « je suis tout à fait calme »

Maintenant, vous allez vous remémorer votre enfance :

- Vous laissez les images vous envahir
- Vous ne les forcez pas
- Vous vous contentez de les voir clairement...
- Vous n'hésitez pas, vous pouvez dire ce que vous percevez, ce que vous sentez.

Mademoiselle CC :

« Je vois l'école, la cour de récréation, je vois maintenant ma grand-mère, nous sommes en vacances, je fais du vélo avec ma mère.

Là, je suis joyeuse courant rejoindre mon père près du barbecue... Maintenant, j'ai douze ans, je vois monsieur Coulier, un ami de mes parents. Il m'a violée. « Ce n'est pas possible... »

Thérapeute :

- Vous engagez un dialogue avec la fille de douze ans
- L'enfant intérieure est paralysée
- Ranimez cette enfant, redonnez lui une vie où croissance et transformation sont possibles
- Cette enfant doit guérir
- Vous lui parlez maintenant à haute voix ou par écrit et faire en sorte qu'elle vous réponde
- Vous la réconfortez, vous l'orientez, vous la conseillez et vous lui manifestez de l'empathie.

Mademoiselle CC :

« Ce n'est pas de ta faute, il est malade, t'a rien fait toi... »

A la fin de cette séance nous lui avons conseillé d'écrire à la personne qui l'a violée avec le choix d'expédier ou non sa lettre. A la séance suivante, elle a lu sa lettre qui exprime sa souffrance et sa stratégie de protection :

3.2. Séance 2

« Voilà bientôt 8 ans que j'aurai dû t'écrire cette lettre, 8 ans de souffrance dissimulée, qui s'est insinuée dans chaque moment de ma vie, dans chacune de mes décisions sans que je ne m'en rende compte moi.

Il m'a fallu peu de gâcher ma vie, pour me rendre compte que chacun de mes moments de bonheur et de paix étaient teintés de cette souffrance. Tu as gâché ma vie, tu as détruit les liens qu'ils pourraient y avoir entre mes parents et moi, tu as gâché tous les moments où je pouvais être heureuse car je vivais dans la crainte, la crainte de ne jamais y arriver, de ne jamais atteindre ce bonheur.

Tu as détruit cette petite fille, que tu disais aimer, protéger, tu lui a volé son innocence. Tu m'as détruit, mais aujourd'hui 8 ans après, 8 ans de silence, je veux me battre, te dire que tu es un malade, un pervers. J'espère que tu auras souffert toute ta vie, que les remords te tueront à petits feux.

Ce n'était pas vrai, et dire que je t'ai cru, que tu as osé appeler ma mère, pour lui dire de ne pas s'inquiéter. Tu as posé tes mains sur moi, tu n'as pas eu

honte une seule seconde, mes parents te faisaient confiance, tu les as trahi, tu m'as trahi, je n'avais que 12 ans. 8 ans que je garde le silence, que mes parents gardent le silence, comme s'il ne s'était rien passé, mais il s'est passé quelque chose, cette chose m'a détruite.

Elle a détruit la vie normale que j'aurai pu avoir, une vie normale où les seuls soucis que j'aurai seraient de savoir ce que je vais mettre le matin. Comment j'ai pu me laisser faire, je n'ai même pas réussi à te dire non, je ne réalisais même pas ce que tu étais entrain de me faire. Je pense à toutes ces nuits où les pensées qui me venaient à l'esprit avant de dormir, étaient de ressasser cette scène, tes mains qui se collaient à moi.

Je me suis débrouillée seule avec ces images, je me suis forcée d'oublier, croyant que tout s'évanouirait avec le temps. Je croyais que tout s'était évanoui, je n'arrivais pas à lire les signes de ma propre souffrance quotidienne. La peur, la peur de ne jamais trouver le bonheur était inscrite en moi. Mais sache qu'aujourd'hui j'ai décidé d'affronter toutes mes peurs, les habitudes vont être longues à perdre, l'angoisse quotidienne devra s'échapper peu à peu. Je veux me sentir libre, libre de tout ça, de cette culpabilité, de ces silences, de ces incompréhensions, de ces angoisses.

Tu n'es qu'un malade, un pervers, il m'a fallu 8 longues années pour savoir le dire. J'ai peur pour tes petits enfants, pour les enfants que tu approcheras. Je n'arrive pas à comprendre ce qui t'a poussé à me faire ça. Pourquoi moi ? Est-ce que je le méritais ? Je ne crois pas.

Tu ne recevras jamais sans doute cette lettre, mais chacun des mots que j'y ai écrit a été une libération pour moi, mon cœur se sera libéré. Il me reste énormément de silence à résoudre encore, mais je les surmonterai un par un, j'y ferai face comme je fais face à cette souffrance que tu m'as fait subir.

Je ne sais pas d'où je tirerai cette force, mais je crois qu'avec le temps j'arriverai à te pardonner. »

3.2. Séance 3

Après la lecture de sa lettre, nous avons proposé au patient la modification du schéma sentiment d'abandon. En effet, le départ de son père se situe à un an du viol. Elle avait alors 13 ans. Pendant ce temps, sa mère s'est remariée. Elle et son frère aîné vivaient avec le couple, les disputes étaient nombreuses. Ils auraient demandé à leur mère de divorcer. Nous avons persuadé la mère de ne pas se prononcer en fonction de ses enfants et de nous aider afin que mademoiselle C.C. puisse prendre son indépendance. A 20 ans, elle avait un

contrat en alternance (temps partagé entre l'entreprise et l'école), ses revenus étaient donc très limités. Avec l'aide de la famille (surtout des grands-parents), elle a obtenu un petit prêt pour louer un studio à Paris. Cela n'a pas été facile pour elle de faire des démarches, parfois infructueuses, et recommencer. Elle voulait arrêter la thérapie, parce que on se heurtait au schéma qui l'empêchait de respecter les prescriptions médicales (le schéma autocontrôle insuffisant). Nous l'avons encouragé.

Ce cap franchi, le premier exercice a été d'analyser l'abandon dont elle a été victime dans son enfance. Cet exercice consiste à déceler, identifier et découvrir la façon dont ce schéma affecte sa vie. Elle pense immédiatement à la première réaction de sa mère après le viol : « va te laver ». Elle n'a dit que ces trois mots, et puis, plus rien, un long silence pendant 8 ans, dit-elle avec tristesse.

Thérapeute :

Faite la liste de vos relations amoureuses :

- Qu'est-ce qui a mal tourné ?
- La personne aimée vous couvait-elle ?
- Vous accrochiez-vous à elle à tout prix ?
- Cette personne était-elle instable ?quittiez-vous la personne de peur qu'elle ne vous quitte d'abord ?
- Etes-vous attirée par des personnes susceptibles de vous quitter ?
- Etiez-vous si jalouse et si possessive que vous faisiez fuir la personne aimée ?
- Quel mode habituel de comportement ressort de cette liste ?

Réponses de Mademoiselle CC à chaque question pour chacune de ses relations amoureuses :

Benjamin :

Je n'ai pas supporté l'éloignement, je ne me sentais pas sûre de moi sans lui

Oui, il était attentionné et j'aimais beaucoup ça.

Je n'arrivais pas à me défaire de lui

Oui, il était très instable

Oui, je l'ai quitté de peur qu'il ne s'en aille : schéma autodestruction

Non, je ne pense pas être attirée par des personnes susceptibles de me quitter.

Il y a un besoin d'attention constant, d'autodestruction – détruire avant d'être détruite.

David :

- L'amour s'est atténué peu à peu, nous n'étions plus heureux, c'était de l'habitude.
- Ma relation avait déjà évolué, mais j'ai toujours un besoin très fort de lui.

Elodie :

- Elle m'écoute et ne m'a jamais jugée
- Elle est toujours là quand j'en ai besoin, à n'importe quel moment
- Elle s'intéresse à moi, à ce qui me touche
- Je l'aurais quittée si elle me mentait, me cachait quelque chose d'important.

Si elle n'était pas là lorsque j'ai un problème, si elle me faisait passer au second plan.

Marc :

- Il m'écoute, essaye de me comprendre
- Il m'accepte telle que je suis
- Il fait attention à moi, essaye de me rendre heureuse
- Je l'aurais quitté s'il me mentait, s'il parlait de ce que je lui confie.

Dans cette séance, nous abordons la méthode du changement.

Thérapeute :

Faite la liste d'arguments en faveur de votre schéma « sentiment d'abandon » suivant un tableau à trois colonnes : première colonne : argument ; deuxième colonne : est-ce lié à quelque chose ou dû à un lavage de cerveau ; troisième colonne : Comment changer.

Liste très partielle de Mademoiselle CC (une seule ligne) :

Preuves que les gens que j'aime m'abandonneront		
Argument	Est-ce lié à quelque chose ou dû à un lavage de cerveau	Comment changer
Si je dis ce que j'ai véritablement Envie ou besoin, les autres s'en Iront.	Lavage de cerveau	Les autres sont capables De m'entendre. Ne plus attendre et garder Mes attentes pour moi.

3.4. Séance 4

La patiente cherche des solutions alternatives.

Thérapeute :

Faite une fiche des arguments qui invalident votre schéma « sentiment d'abandon ».

Fiche de Mademoiselle CC :

Fiche du « sentiment d'abandon »

Lorsque j'ai peur de me sentir seule, il faut :

- Que je m'occupe de moi
- Que je travaille
- Que je fasse le ménage (des choses utiles)
- Que je me repose
- Que j'aie me dépenser
- Que j'écrive

3.5. Séance 5

Une étude détaillée du schéma « sentiment d'abandon » est proposée afin de le modifier.

Thérapeute :

Analysez en détail le schéma qui paralyse votre vie en faisant deux colonnes et au moins trois comportements : première colonne : comportements

qui accroissent de jour en jour l'efficacité de mon schéma ; deuxième colonne : comment les changer.

Analyse de Mademoiselle CC :

Comportements qui accroissent de jour en jour L'efficacité de mon schéma	Comment les modifier
Avoir envie de rompre toutes relations Professionnelles et personnelles avant de Me retrouver seule. Ne pas arriver à me concentrer ou à M'obliger à faire des choses importantes pour Moi (santé, travail).	Apprendre à affronter les difficultés et Savoir faire le pour et le contre lors des Conflits. Se donner des objectifs quotidiens et S'obliger à les faire.

A la fin de la séance, nous avons suggéré d'écrire à sa mère en extériorisant sa colère et sa tristesse, et dire comment elle aurait voulu que les choses se passent.

3.6. Séance 6

Lettre de mademoiselle CC :

« Maman,

Voilà bien des années que nos rapports se détériorent, j'avoue avec le temps avoir très peu de souvenirs de nous étant complices. Les souvenirs qui me reviennent à l'esprit sont nos balades à vélo pendant les vacances, ça fait très longtemps que je n'ai pas fait de vélo...

Depuis quelques temps tu me trouves encore plus agressive, c'est parce que j'ai compris, j'ai trouvé la source de ce mal qui me fait tant souffrir, accumulé à énormément de détails qui se sont accumulés entre nous et qui n'ont fait que nous séparer.

J'avais douze ans, je me suis retrouvée avec lui, il a abusé de moi, je te l'ai dit le jour même, tu t'es occupée de moi ce jour-là et puis le silence a commencé à s'installer, on n'en a plus jamais reparlé, plus un mot. Une barrière s'est installée doucement et inconsciemment entre nous, je crois qu'aujourd'hui elle n'est plus franchissable. Peut-être un jour, qui sait ? Lorsque j'aurai repris complètement ma vie en main et que j'aurai su combattre toutes les difficultés accumulées au cours des années.

Aujourd'hui, je me sens fatiguée de tout ça, de toujours devoir faire bonne figure pour plaire à toi, à Didier, à Fred... Je veux me reposer, me sentir

aimée et en sécurité. Je sais bien que tu m'aimes et que tu ne veux que mon bonheur, mais tu n'as jamais su comment me le montrer, ou peut-être trop, et moi je n'ai peut-être jamais su comment le recevoir. C'est notre grande difficulté, nous n'avons jamais su nous comprendre, je me rappelle de plusieurs anecdotes (lorsque j'étais plus jeune) où j'essayais de te faire partager ce que je ressentais et comme première réaction j'avais toujours quelque chose de négatif, voilà pour une des raisons qui fait que je n'arrive pas à te faire partager ma vie.

Mais voilà après de longues années d'incompréhension, je peux dire que maintenant, je sais, je sais pourquoi je ne peux te parler sans être sur la défensive. Après l'incident, je me suis sentie mal, mais inconsciemment, car j'avais refoulé tout ce qui pouvait me le rappeler, personne ne m'en a jamais parlé, toi, tu es restée dans le silence, alors j'ai gardé ça en moi et j'en ai fait une partie de moi, de mon corps, de mon cœur, de mon âme...

Aujourd'hui, j'ai décidé de déposer ce fardeau, d'utiliser cette place que prenait ce mal pour en donner plus aux gens qui m'aiment et que j'aime. Le chemin sera long, très long avant que nous arrivions à nous reparler un jour, mais je garde espoir que peut-être un jour nous y arriverons.

Je n'arrive toujours pas à comprendre ton silence, ton état de faiblesse face à toutes les situations que tu vis, peut-être est-ce ton enfance ? Je n'en sais rien, je ne sais même pas si je veux le savoir. Je n'arriverai pas à tout te dire dans une seule lettre, peut-être dans une autre un peu plus tard... »

Cette lettre montre comment on passe de la carence affective au sentiment d'abandon, puis au sacrifice de soi et à l'autocontrôle insuffisant par le biais d'un événement traumatique, ici, le viol. Dans la lettre à son père, elle a employé le terme d'abandon. Elle ne l'avait pas vu depuis quatre ans. Nous avons préparé une rencontre avec son père, non pas pour changer celui-ci, mais pour s'engager sur la voie qui fera à nouveau d'elle une personne entière.

La thérapie sur le schéma sentiment d'abandon prend fin ici. Nous avons abordé le schéma carence affective. Nous étions alors en février 2003. Cela faisait un an que mademoiselle C.C. était en thérapie. Une nouvelle évaluation montre que l'anxiété est passée de 32 à 24 ; la dépression de 10 à 1.

Les schémas dont les scores sont encore élevés sont les schémas abandon (3,4) et autocontrôle insuffisant (3,29). Il faut savoir que les scores varient de 1 à 6. Entre 3 et 4, le schéma constitue un problème pour le sujet. A partir de 4, il devient un schéma fondamental dans l'organisation de la personnalité.

3.7. Séance 7

Dans cette séance sur le schéma carence affective, nous incitons la patiente à réfléchir sur la relation parent-enfant telle qu'elle l'a vécue.

Thérapeute :

Dans la lettre à votre mère, nous avons observé votre besoin d'empathie et de protection.

1. L'empathie signifie que quelqu'un comprend votre univers personnel et reconnaît la valeur de vos sentiments. Vos parents vous comprenaient-ils ? Etaient-ils sensibles à vos émotions ? Pouviez-vous leur confier vos problèmes ? Etaient-ils disposés à vous écouter ? Acceptaient-ils de vous parler de leurs sentiments si tel était votre désir ? La communication était-elle possible entre vous ?
2. La protection consiste à créer un climat de confiance, à prodiguer des conseils, à orienter l'enfant. Y avait-il quelqu'un à qui vous pouviez demander conseil, quelqu'un qui était pour vous une source de réconfort et de secours ? Y avait-il quelqu'un capable de vous rassurer, de vous protéger ?
 - Fermez les yeux, laissez émerger vos souvenirs
 - Revivez-les le plus intensément possible en permettant aux mêmes émotions de se manifester. Laissez-vous entraîner par les images qui se présentent, puis examinez-les en détail
 - Prenez votre temps ; quand vous aurez terminé, vous respirez profondément en vous étirant et vous ouvrez les yeux...

Vous répondrez à toutes ces questions à l'aide de ces souvenirs pour la séance prochaine.

3.8. Séance 8

Les réponses de Mademoiselle CC aux questions relatives à la relation parent-enfant :

1. Il y a toujours eu une barrière invisible qui ne pouvait pas être franchie. Mes parents ne divulguaient pas leurs sentiments jusqu'au moment du divorce. Je me souviens avoir essayé de divulguer plusieurs fois mes sentiments à ma mère qui, tout de suite recadrait et mit cette barrière comme pour me repousser. Elle n'était pas en attente d'écoute en vers moi. Jamais il ne m'est venu à l'esprit de parler à ma mère ou à mon père de mes problèmes pour être réconfortée.
2. Aucun dialogue. Je ne demandais pas de réconfort auprès des adultes, et encore aujourd'hui, il m'est difficile d'aborder mes problèmes avec « un adulte » ou personne d'autorité. Je me lie beaucoup plus facilement à des gens de même tranche d'âge. Il n'y avait personne pour me conseiller vers qui me tourner.

Thérapeute :

Evoquez vos relations avec votre ancien copain. Efforcez-vous de déterminer ce qui a cloché : Faites une liste. Mais auparavant, essayez de répondre par oui ou par non à ces cinq questions avant d'en poser quelques unes :

Les cinq questions et les réponses de Mademoiselle CC

1. Ce copain était-il incapable de combler vos besoins ? Oui, mais...
2. Etait-il peu intéressé de combler vos besoins ? Non
3. L'avez-vous repousser par vos exigences et n'étant jamais satisfaite ? Oui
4. Avez-vous ressenti de l'ennui en sa compagnie du fait qu'il vous traitait avec égard ? Non
5. La relation était-elle plus enrichissante que vous n'étiez disposée à l'admettre ? Non

Les questions de Mademoiselle CC

1. Etais-je prête à avoir une relation stable ?
2. Est-ce que je me sentais complètement libre ?
3. Ai-je été complètement moi ?
4. Est-ce que je lui faisais complètement confiance ?

Thérapeute :

Pour la séance prochaine, vous apporterez des réponses plus élaborées aux cinq questions.

3.9. Séance 9

Les réponses de Mademoiselle CC :

1. Pas tous. J'avais le sentiment de ne pas toujours être comprise, qu'il ne comprenait pas ma souffrance, que je ne pouvais pas exprimer à cette époque. Toujours le besoin d'être rassurée, et lui n'arrivait pas à le comprendre, pas assez d'attention.
2. Je ne pense pas, il voulait (enfin c'est ce que je crois) vraiment que tout se passe bien, que je me sente bien. Mais je crois qu'il ne savait pas capter les informations que je lui envoyais et ne cherchait pas ou ne savait pas y remédier.
3. Oui, je pense être parfois trop exigeante. Mais ce n'est pas une exigence constante, mais à certains moments précis, j'attendais de lui certaines réactions qu'il n'a pas eues.
4. Non, mais j'ai déjà ressentie cette situation dans d'autres relations. Si mon partenaire se montre trop prévenant, trop mielleux, je prends le dessus dans le couple et je m'ennuie très vite.
5. Cette relation a été très enrichissante, je ne l'ai jamais nié, mais j'avais l'impression que nous n'avancions plus, que l'on stagnait. On ne se donnait plus les moyens de continuer.

Thérapeute :

Compte tenu des réponses que vous venez de fournir, établissez pour la prochaine séance, un plan d'action pour des relations plus abouties. Évaluez le degré de difficulté de chaque étape en vous basant sur l'échelle de valeur suivante :

0 : Très facile

6 : Très difficile

1 : un peu difficile

7 : Presque impossible

2 : Moyennement difficile

Vous faites donc deux colonnes : dans la première : relations (plan d'action) ; deuxième colonne : degré de difficulté.

3.10. Séance 10

Plan d'action de Mademoiselle CC :

Les relations (plan d'action)	Degré de difficulté
1. Apprendre à être moins exigeante avec l'autre	4
2. Apprendre à ne pas me faire étouffée par la relation	1
3. Apprendre à me maîtriser, avoir de la retenue	2
4. Apprendre à être moi	2
5. Apprendre à m'affirmer	1

Mademoiselle C.C. avait retrouvé une meilleure qualité de vie. La fréquence des séances est passée à une séance toutes les deux semaines. C'est la période de consolidation des apprentissages. Dans cette période, nous utilisons quatre outils : La pensée automatique de Beck (forme thérapie), les verbalisations sur les sentiments négatifs, l'auto verbalisation et expression des sentiments négatifs et l'observation et modification des auto verbalisations (Boisvert et Beaudry, 1979).

Pendant ces exercices, nous avons constaté que le schéma autocontrôle insuffisant était sans doute le schéma qui empêchait mademoiselle C.C. de suivre convenablement son traitement contre le diabète. Ainsi, le comportement qui avait motivé l'intervention thérapeutique était passé au second plan devant l'urgence exprimée par le sujet dans les séances préliminaires. En effet, la jeune fille croyait que l'absence de contrainte était source de bonheur. Grâce à la thérapie, elle a compris le rôle des limites.

3.11. Séance 11

Une des origines du schéma autocontrôle insuffisant est de s'en servir comme moyen pour contre-attaquer d'autres schémas. Souvent, les patients se servent de ce schéma pour en sur-compenser d'autres, tels que le « sentiment d'imperfection », la « carence affective » ou le « sentiment d'exclusion », le « sacrifice de soi »

Thérapeute :

Enumérez les avantages et les inconvénients associés à votre refus d'accepter des limites.

En ce qui a trait aux inconvénients, n'omettez pas le mal que vous faites aux autres ; le risque que vos amis ou vos proches s'éloignent de vous ; l'éventualité de perdre votre emploi ou de ne pas être promue ; le risque d'une poursuite en justice contre vous ; etc. Si l'impulsivité représente un problème pour vous, assurez-vous de tenir compte de la possibilité de ne jamais réaliser vos ambitions si vous ne développez pas une meilleure tolérance à la frustration. Assurez-vous de noter toutes les conséquences néfastes dont vous avez déjà fait l'expérience.

Réponses de Mademoiselle CC :

Avantages de mon schéma

Pas de limites = Pas de contrainte

Inconvénients de mon schéma

S'il n'y a pas de limites, il y a moins de plaisir, de bien-être – confusion des sentiments L'insuffisance de limites m'autodétruit et détruit mes rapports avec mes proches.
--

3.12. Séance 12

Cette séance porte sur l'impulsivité : « Prenez conscience du prix à payer pour vos prétentions excessives avant d'en subir les conséquences. Entre l'impulsion et l'acte, réfléchissez ».

Thérapeute :

Confrontez vos justifications au refus d'accepter des limites. Faites un inventaire de vos justifications. Dites en quoi chacune repose sur une rationalisation qui n'a aucune valeur réelle. Combattez les pensées qui renforcent votre schéma.

Réponse de Mademoiselle CC :

Comment je justifie mon sentiment que tout m'est dû
--

Parce que j'ai souffert et que j'ai le droit à ma part de bonheur.
--

Comment je justifie mon impulsivité
--

La spontanéité de mon caractère.

Ces justifications sont traitées une nouvelle fois dans la prochaine séance.

3.13. Séance 13

Les justifications sont confrontées au refus d'accepter des limites.

Thérapeute :

Faite un inventaire de vos justifications. Dites en quoi chacune repose sur une rationalisation qui n'a aucune valeur réelle. Combattez les pensées qui renforcent votre schéma.

Réponse de Mademoiselle CC :

Comment je justifie mon impulsivité
--

- | |
|---|
| 1. Je croyais qu'en n'ayant pas de contrainte, je trouverais le bonheur.
2. Je pensais qu'on m'en avait trop imposé jusque là. |
|---|

A la fin de ces exercices sur ce schéma (qui en compte généralement treize), Mademoiselle CC a donné son avis à notre demande sur l'autonomie et sur les contraintes :

L'autonomie

« Au long de ma thérapie, j'ai pu m'apercevoir que dans mes relations affectives plusieurs schémas étaient présents dans mes comportements.

La carence affective et l'abandon, qui m'ont poussé dans mes relations à avoir des comportements pour sans cesse canaliser mes angoisses.

En identifiant ces schémas, j'ai pu comprendre ces angoisses et les combattre.

Ces schémas m'enfermaient dans mes relations avec les autres, je ne me sentais pas capable d'accomplir ma vie sans avoir une personne avec mes côtés, ou avoir le consentement d'une personne.

Pour plaire à mon entourage, je biaisais sans cesse mes choix dans le but de convenir aux attentes des autres.

Aujourd'hui, la thérapie m'a démontré la force insoupçonnée que je possède, que je suis capable de prendre ma vie en main, d'accomplir des projets.

Savoir être autonome m'apprendra à être heureuse et donc à savoir être épanouie et équilibrée à deux ».

Mademoiselle C.C. semblait avoir des difficultés dans « la réalisation de soi ». Les schémas carence affective et abandon la paralysaient. Voici ce qu'elle écrit sur les contraintes :

Les contraintes

« Au cours de ma thérapie, j'ai pu m'apercevoir que je rejetais toutes formes de contraintes se rapportant à mes besoins personnels – tant ce qui me touchait moi, mes besoins élémentaires.

Comme ma santé, mon traitement, ma gestion de l'argent, mes tâches quotidiennes.

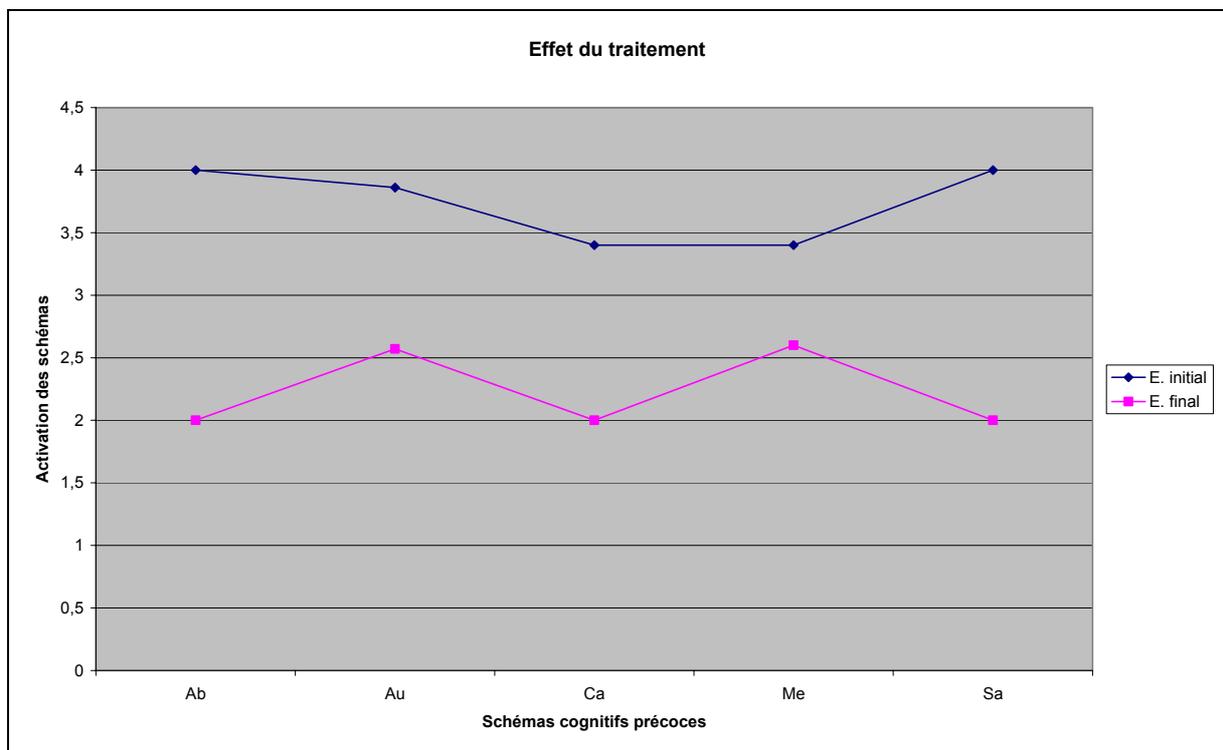
Je n'arrivais pas à vivre ces contraintes sans qu'elles soient une épreuve, parce que j'estimais avoir assez des choses à subir, j'estimais avoir assez eu de souffrance. Mais c'était à moi que j'imposais de nouvelles souffrances en agissant comme ça.

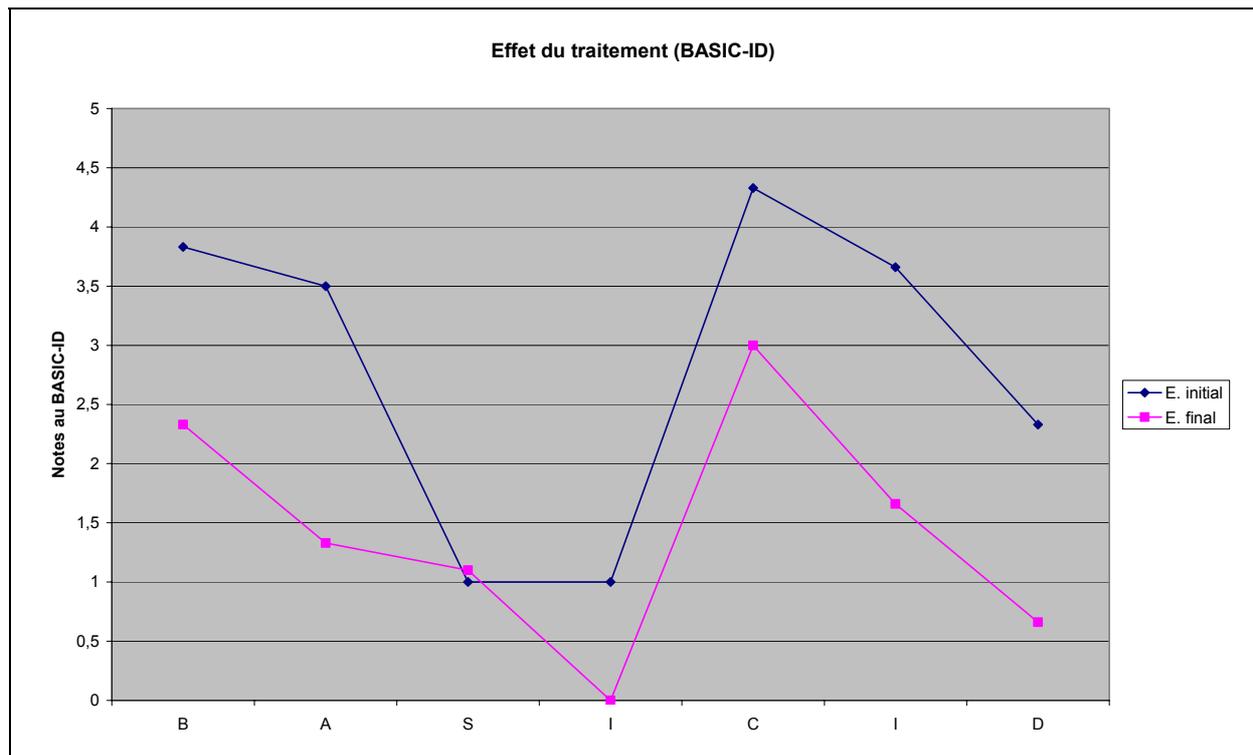
Une contrainte amène une contre partie positive, c'est un équilibre que je ne connaissais pas.

Aujourd'hui, je ne ressens plus ces tâches (pour la plupart) comme des contraintes, mais comme des tâches normales s'inscrivant dans ma vie quotidienne ».

La thérapie de mademoiselle C.C. a pris fin en juin 2004. Nous avons fait une dernière évaluation :

- Etat initial : Anxiété = 32 ; BDI = 10
- Etat final : Anxiété = 14 ; BDI = 0





5.2. Mademoiselle C.A.

28 ans, suit une psychothérapie depuis l'âge de 14 ans. Après une interruption due au décès de sa psychologue à 15 ans, elle reprend sa psychothérapie à 18 ans et l'arrête à nouveau à 20 ans à cause d'une mauvaise entente avec la psychologue. Trois ans plus tard, elle fait une autre tentative qui aboutit à notre rencontre.

Mademoiselle C.A. est malvoyante. A la première séance, elle a reçu les échelles d'évaluation qu'elle a rapporté à la deuxième séance. Les notes aux différentes échelles sont transcrites ci-dessous:

Anx = 52; BDI = 26.

BASIC-ID: B = 5, 75; A = 4, 5; S = 3, 1; I = 4; C = 5, 33; Ri = 1, 33; D = 0, 16.

SCP: Ab = 3; Au = 3; Ca = 3; At = 3,6; De = 3,4; In = 4,4; Inh = 2; Is = 3,2; Me = 3,2; Pe = 3,67; Sa = 3,2; Sm = 4,6; Vu = 1,6

A la troisième séance, nous lui avons demandé de se remémorer son enfance. Elle pleure et raconte que sa grand-mère s'est toujours acharnée sur elle pour la pousser à être meilleure en tout, ignorant complètement son handicap. En plus de sa cécité, détectée à quatre mois de sa naissance, elle avait un retard de croissance. Selon elle, tout le monde s'acharnait sur elle, sa grand-mère et les

médecins pour la peser et mesurer sa taille de façon incessante. Elle pleure aussi à chaque fois qu'elle pense à l'emprise de sa grand-mère sur sa mère.

A l'issue de cette séance, nous lui avons demandé d'extérioriser toute sa colère par écrit. A la quatrième séance, elle rapporte cet écrit qui dit ceci : « comment ai-je pu tolérer ne serait-ce qu'une seule fois que ma chère grand-mère me mesure toutes les semaines en me faisant du chantage..... Je me demande encore pourquoi j'ai cédé à ma mère quand il fallut faire le choix de la deuxième langue vivante au collège ; je voulais faire de l'espagnol et ma mère voulait que je prenne l'italien. Résultat je ne fichais strictement rien en cours d'italien.

De toute façon si j'ai dû arrêter mes études en troisième, c'est uniquement à cause de ma mère et de ma grand-mère.... »

Selon mademoiselle C.A., sa grand-mère et sa mère n'ont jamais accepté son problème visuel et de plus une tentative d'opération des yeux a raté. C'est alors qu'elle décide d'apprendre le métier d'acteur et passe une audition pour rentrer au « cour Claude Mathieu ». A son grand désarroi, le responsable annonce qu'elle n'est pas retenue en des termes qu'elle qualifie d'humiliants : « Vous êtes petite et ronde, je ne saurai pas dans quel rôle vous mettre. »

Cette séance a permis de justifier le score des schémas incompétence (4,4) et sens moral implacable (exigence élevée – 4,6). Dans ces conditions, nous nous sommes mis d'accord pour entamer les exercices sur le schéma sens moral implacable (4,6). C'est l'occasion d'analyser les circonstances de la formation de ce schéma. La grand-mère était incontestablement au centre de ses préoccupations. Quant à sa mère, elle reprochait à celle-ci de ne l'avoir pas envoyer dans une école d'amblyopes. Mais elle reconnut que sa mère était toujours là pour la soutenir, l'accompagner et qu'elle a toujours cru en elle. Pour ce qui concerne son père, elle reprochait à celui-ci de l'avoir abandonner. En 28 ans, il n'a jamais rien fait pour moi, sauf me prendre en vacances dix jours par an, écrit-elle. Là aussi, elle décrit de bons rapports et des rencontres de plus en plus agréables à mesure que la thérapie avançait.

En début de thérapie, mademoiselle C.A. fonctionnait en terme du tout ou rien, entre la perfection et l'échec. Au cours de la thérapie, elle a appris qu'entre la perfection et l'échec il y a une grande zone grise.

Séance 5

Dans cette séance, la patiente analyse son schéma.

Thérapeute :

Enumérez les domaines dans lesquels vos exigences sont trop élevées ou carrément irréalistes.

Selon que vous soyez perfectionniste, ambitieuse professionnellement ou socialement, votre liste pourra comprendre des éléments tels que le sens de l'ordre, la propreté, le travail, l'argent, le confort, la beauté, la performance esthétique, la propreté, le prestige ou la célébrité. Tous les domaines de votre vie qui sont soumis à des pressions peuvent faire partie de cette liste.

Faites deux colonnes et décrivez dans la première les exigences, dans la seconde les ambitions.

Liste de mademoiselle CA :

Exigences	Ambitions
La beauté est très importante pour moi, Ne serait-ce qu'à cause de mon métier Et surtout aussi pour plaire aux autres Et à moi-même.	Je voudrai avoir un rôle dans une comédie Musicale.
Pour ça, j'essaie de changer de « look » Régulièrement.	Mon rêve serait de faire des concerts dans des salles prestigieuses tel que L'Olympia.
J'essaie de faire des régimes.	
Je suis capable aussi de me demander Pendant 15 minutes ce que je vais me Mettre sur le dos quand je vais à une soirée.	

Séance 6

Comme les attitudes dysfonctionnelles ont été utiles en certaines occasions pour la patiente, il est important de revoir avec elle leurs avantages.

Thérapeute :

Enumérez les avantages qu'il y a à vous efforcer de répondre chaque jour à vos exigences trop élevées. Ces avantages seront presque certainement associés à votre taux de réussite.

Ils proviennent de ce qu'on a une vie organisée, du succès, du prestige, et ils peuvent être considérables. Notre culture occidentale encourage énormément les exigences élevées.

Liste de mademoiselle CA :

Avantages que me procurent mes exigences élevées
1. Me plaire à moi-même et aux autres
2. Me faire accepter avec mon handicap
3. Arriver à mener une vie normale.

Séance 7

Dans l'exercice suivant la patiente énumère les inconvénients de son schéma.

Thérapeute :

Enumérez les inconvénients qui résultent de tels efforts.

Ce sont les conséquences néfastes de votre attitude, tout ce que vous devez sacrifier. Il peut s'agir de votre santé, de votre bonheur, de votre besoin de repos, de votre humeur.

En énumérant ces inconvénients, songez à la qualité de votre vie affective, à la façon dont vos exigences élevées affectent votre vie familiale, vos relations avec vos proches et avec vos amis.

Liste de mademoiselle CA :

La liste se limite à une seule phrase, néanmoins significative. Cette phrase se termine par deux point.

Inconvénients de mes exigences
1. Me torturer l'esprit pour pas grand-chose :

Thérapeute :

Essayez d'imaginer votre vie sans ces pressions.

Imaginez une situation où vous vous sentirez bousculée par les événements, où vous serez portée à vous battre encore davantage...arrêtez-vous un instant et imaginez à quoi ressemblerait votre vie si vous vous permettiez de respirer un peu...

Laissez affluer les images... Que pourriez-vous être en train de faire qui soit vraiment plus important ?

Cet exercice a pour but de vous aider à comprendre que les désagréments de votre vie sont directement liés à votre schéma « exigence élevée ». Si vous abaissiez quelque peu vos critères de perfection, vous en élimineriez un bon nombre.

Séance 8

Les personnes avec des exigences manquent souvent de recul. Tout a pour elles la même importance lorsqu'elles veulent respecter leurs critères de perfection.

Thérapeute :

Enumérez vos critères de perfection avec la pensée automatique sous-jacente et cherchez la pensée alternative correspondante.

Liste de mademoiselle CA :

Critères de perfection	Pensée automatique	Pensée alternative
Minceur : arriver à mettre des Vêtements taille 38, peser 51 kg, Demande d'affection, besoin de Séduire, pour avoir les rôles que Je veux	Je pensais que je ne serais Pas capable de satisfaire un Homme sexuellement	Je peux offrir aux autres Ma générosité, mon Charme.

Thérapeute :

Votre schéma « exigence élevée » fait peut-être partie d'un schéma plus fondamental, tel que le « sentiment d'imperfection », ou le « sentiment d'exclusion », ou la « carence affective ». Pour en savoir davantage, je vais vous demander d'énumérer vos défauts et vos qualités d'enfant et d'adolescent, ainsi que vos qualités et défauts d'adulte.

Séance 9

Cette séance est consacrée à l'analyse du schéma « sentiment d'imperfection ».

Liste des défauts et qualités de mademoiselle CA :

Mes qualités dans l'enfance et à l'adolescence	Mes défauts dans l'enfance et à l'adolescence	Mes qualités d'adulte	Mes défauts d'adulte
1. Généreuse	Beaucoup trop gentille	Généreuse	Tête en l'air
2. Sociable	Timide	Sociable	Manque de culture
3. Beaucoup de Courage	Très à l'écart des autres		Susceptible
4. Force de caractère		Parfois je me trouve intelligente	J'ai beaucoup de mal à me concentrer sur les sujets importants de la vie : l'actualité surtout
5.		J'ai du talent	Je manque de culot
6.			Parfois je me trouve bête

Thérapeute :

Nous vous suggérons d'être plus authentique dans vos relations d'intimité.

Efforcez-vous d'être plus vraie dans vos relations affectives. Cessez d'essayer de prouver que vous êtes parfaite. Vous avez le droit d'être vulnérable. Vous pouvez dévoiler certains de vos secrets. Reconnaissez certaines de vos lacunes. Laissez les autres vous connaître mieux – Vous constaterez que vos secrets ne sont pas si humiliants qu'ils apparaissent à vos yeux – Chacun a ses défaillances.

Si vous gardez le secret sur certaines circonstances, par exemple sur celles qui vous ont humiliée, vous pouvez peut-être les dévoiler peu à peu à vos proches. Bon nombre de secrets que nous gardons jalousement ne sont pas si terribles qu'on le croit. Les confier à une autre personne suffirait à en atténuer la gravité. Nous constatons ainsi que l'autre personne nous aime quand même, et nous en sommes apaisés.

Si votre honte est telle qu'elle vous incite à vous replier sur vous-même, il importe que vous sachiez qu'on peut vous aimer tel que vous êtes.

Enumérez les situations qui vous ont humiliée.

Séance 10

Liste des situations qui ont humilié mademoiselle CA :

1. Le fait de ne pas réussir scolairement alors qu'étant petite j'étais très douée
2. Le fait de me faire traitée de naine et de bigueuse par les élèves du collège alors que première je devais supporter une piqure tous les jours pour grandir plus, l'atmosphère de l'hôpital où j'allais tous les trimestres mais en plus encore une fois ce n'était pas ma faute si je n'y voyais pas.
3. Qu'on me dise que je ne serais jamais comédienne simplement parce que je je suis petite et ronde
4. Que dans un spectacle on me donne le rôle de la belle-mère (le plus petit rôle) tout ça pour question de physique alors que j'étais très loin d'être la moins bonne comédienne
5. Le fait de ne jamais entendu que j'étais belle sauf par ma mère.

Thérapeute :

Pour être confrontée à une telle situation, vous avez tendance à choisir des partenaires, même des amis intimes, qui vous dénigrent et vous rejettent.

Analysez vos relations affectives. Permettez-vous aux autres de vous dénigrer ou de vous critiquer injustement ? Si c'est le cas, affirmez-vous. Affirmez votre droit au respect. Dites à cette personne que vous ne tolérerez plus la cruauté de ses jugements.

Exigez qu'on vous accepte tel que vous êtes. Soyez modérée dans vos propos et ne vous montrez pas agressive. La pondération est beaucoup plus efficace. Tenez-vous droite et regardez l'autre personne dans les yeux. Soyez directe. Soyez précise. Avant tout, n'essayez pas de vous justifier. Dites ce que vous avez à dire calmement et posément.

Faites attention de ne pas verser dans l'excès contraire. Acceptez les critiques occasionnelles qui sont proférées sans mépris. Sachez différencier la critique constructive de la critique déraisonnable et extrême. Si votre partenaire ne change pas d'attitude, songez à mettre fin à votre relation. Essayez tout. Donnez-lui l'occasion de faire l'effort de changer d'attitude. S'il s'agit de votre partenaire amoureux, envisagez une thérapie de couple. La thérapie vous aidera peut-être à régler votre problème. Mais, au bout du compte, vous devrez vous affirmer et obtenir que l'autre personne change d'attitude, ou devrez rompre.

Vous ne parviendrez jamais à guérir votre sentiment d'imperfection si vos relations affectives demeurent malsaines. La transformation d'un schéma sans cesse renforcé par les personnes qui nous entourent est pratiquement impossible.

Séance 11

Mademoiselle CA a médité sur le contenu de la séance précédente, elle livre sa conception de la critique :

Je crois que je commence à savoir différencier une critique objective d'une critique subjective :

1. Une fois ma mère m'a dit que j'avais sur joué, j'ai accepté la critique, seulement elle me l'a répété 4 fois ; je n'ai pas accepté.
2. Mon metteur en scène m'a aussi dit un jour que j'avais sur joué, je lui est répondu : oui c'est à cause du fait que tu m'ais demandé de jouer le personnage hystérique.
3. Quant à mes amis, je pense avoir des amis qui m'apprécient énormément.

Thérapeute :

Une des caractéristiques de ce schéma, c'est d'avoir la critique facile. Si vous vous sentez maintenant coupable à bien des égards d'avoir causer du tort à ceux que vous aimez, ne vous laissez pas submerger par cette culpabilité. L'important est de changer maintenant.

Vous devez vous regarder en face, vous pardonner et faire en sorte de changer, tout de suite.

N'hésitez pas à faire des compliments aux personnes qui vous sont chères. Vous ne les aimez pas pour rien. Ils possèdent des qualités.

Recherchez une relation d'égal à égal. Renoncez aux luttes de pouvoir.

Mademoiselle CA :

Je n'ai jamais causé de tort à qui que ce soit !

Thérapeute :

Bien... je vais vous donner une série de pensées irrationnelles suivies de critiques constructives correspondantes. Vous les étudierez avant de remplir ce tableau à 5 colonnes.

Séance 12

Réponse de mademoiselle CA :

Situation	Emotion	Pensée automatique	Réponse rationnelle	Résultat
Une réflexion d'une Femme dans une boulangerie	Agacement. Intensité = 4	Elle est bête, je n'ai Pas fait exprès de Lui passer devant.	Elle ne peut pas Deviner que je suis malvoyante	Même si sa Réflexion Est idiote, Elle ne Savait pas Que j'étais Malvoyante Intensité=1

Séance 13

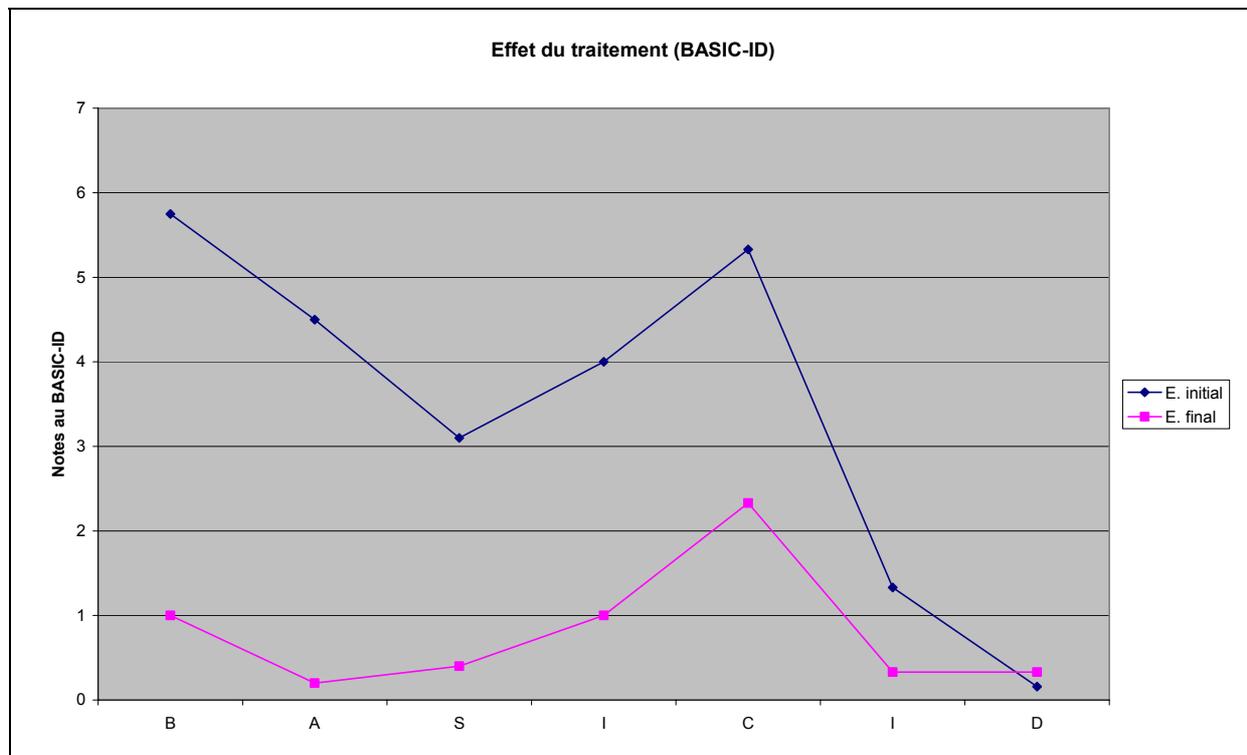
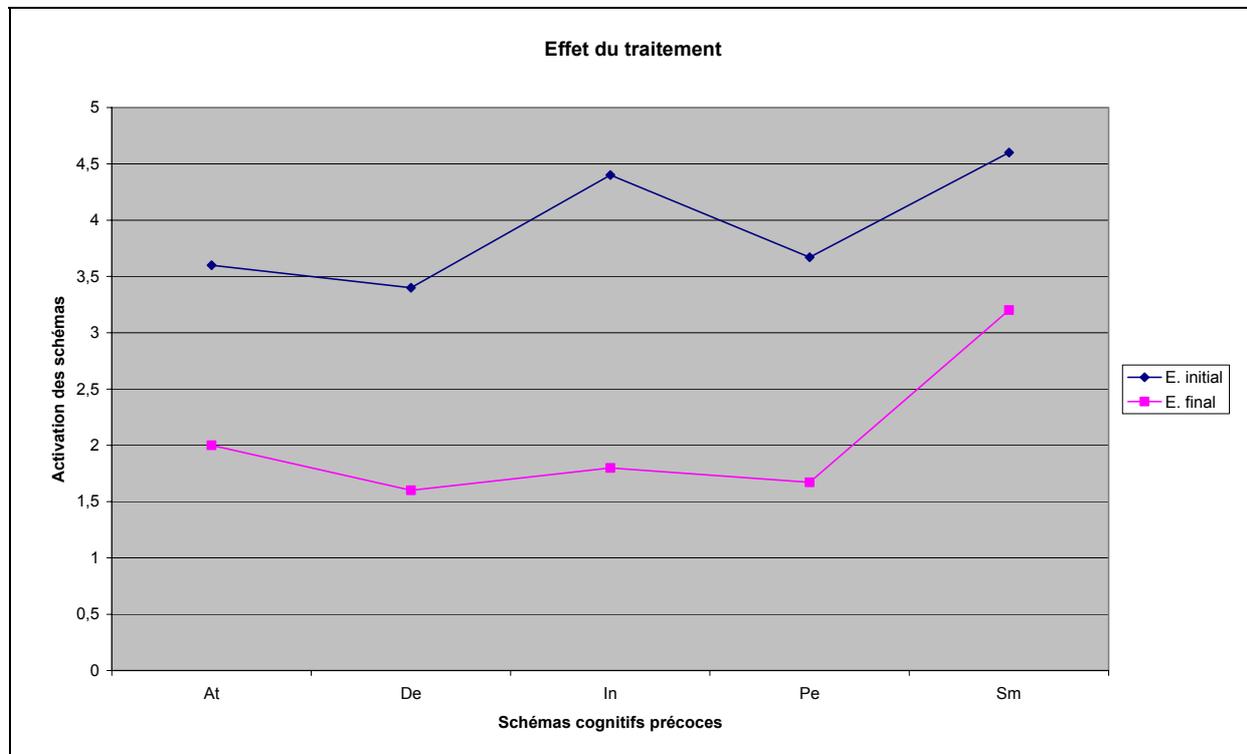
Situation	Emotion (intensité)	Pensée automatique (niveau de croyance)	Réponse irrationnelle (niveau de croyance)	Résultat (réévaluation du Niveau de croyance)
Une plaisanterie Entre amis (relations)	Petite tristesse – Embarras. (4)	Il est en de se Moquer de moi. (4)	Au contraire, il rit Car je l'ai fait rire En plaisantant (8)	Je suis soulagée Et je peux Continuer à Discuter avec eux (0)
Encore une Discussion Dans un café Entre élèves De cours de Chant.	Embarras. (5)	Si je lui demande Son numéro de Téléphone, je vais La déranger (5)	Au contraire, ça Lui fera sûrement Plaisir que je Veuille réellement Venir la voir jouer (8)	Je suis contente, J'ai son numéro Et on papote à Chaque cours (0)
Tout est parti D'une partie De scrabble Avec Yannick mon petit ami	Enorme Agacement (8)	Il se moque de Moi, il n'en a rien A faire de moi (8)	C'est une situation Très délicate à Laquelle il va Falloir qu'on S'adapte, mais Heureusement Qu'il a trouvé un Boulot et Heureusement Qu'il y a les Sentiments (8)	On s'adapte, il M'aime, il essaie De s'en sortir et Cette situation N'est pas Définitive (1)

Mademoiselle CA maîtrise peu à peu cet exercice de confrontation de la pensée automatique avec une réponse rationnelle.

Après 8 autres séances, nous avons effectué l'évaluation de fin de traitement en juin 2004 :

Etat initial :
Anx = 52 ; BDI = 26

Etat final :
Anx = 6 ; BDI = 3



5.3. Mademoiselle TM,

Quarante cinq ans est très anxieuse avec une dépression sévère. Sa mère a fait une dépression à la mort de son deuxième enfant. Elle décrit son père, haut fonctionnaire, de solitaire et têtu. Elle est l'aîné d'une fratrie de quatre enfants composés de trois filles et d'un garçon. Le premier événement marquant dans sa vie a été de découvrir que ses parents dorment dans des lits séparés. Dans ses souvenirs, elle peint sa mère comme une personne spontanée qui assumait dans la famille, physiquement et moralement jusqu'à la conduite de la voiture selon ses propres termes.

Elle raconte qu'à 9 ans, « c'était le souvenir d'un cocon heureux ». C'est aussi à cet âge qu'elle a fait l'expérience de la mort et de la disparition : une petite chatte trouvée dans la campagne puis morte du typhus après une fugue, la mort de la mère d'une petite fille de son âge dont le père était un collaborateur du sien. Voici ce qu'elle écrit à ce propos : « Soudain, j'ai compris que sa maman, elle n'allait plus pouvoir la toucher, l'embrasser, la serrer dans ses bras ou se serrer contre elle. Et une sorte d'abîme s'est alors ouvert devant moi. Quelque chose se déchirait et un vide immense et profond se révélait à mes pieds. Et à partir de ce jour là, l'immense, la terrible peur de voir disparaître la mienne ne m'a plus quitté. Cette petite fille s'était endormie un soir et au petit matin elle n'avait plus de maman, elle n'avait plus rien, elle était seule. »

A 11 ans, mademoiselle TM a changé de ville, d'école en arrivant à Paris. Pour elle c'était l'exil. Ensuite, elle parle de la période de l'université en décrivant son incapacité d'avoir un homme dans sa vie. Elle était une étudiante brillante ayant obtenu la maîtrise de droit privé à 21 ans. Compte tenu de son bon niveau, dit-elle, elle avait le choix entre faire un troisième cycle, passer le concours de la magistrature et le certificat d'aptitude à la profession d'avocat.

Au lieu de tout ça, elle a choisi de s'inscrire en licence d'histoire parce qu'elle avait peur de ne plus être la jeune fille bonne étudiante, qui jusqu'ici avait tout bien réussi, et à qui tout était permis. Elle poursuit : « J'allais perdre mon aura de bonne élève. Et je ne marquerais pas l'essai après avoir pourtant porté le ballon jusque derrière la ligne. Tout cela finalement, tous ces efforts concrètement n'auraient servi à rien. » Elle a également obtenu de très bonnes notes à sa licence si bien qu'un professeur a proposé de la prendre en maîtrise à l'école des hautes études. Elle a décliné cette offre en se justifiant : « Je trouvais que ce professeur n'était pas brillant, même pas un bon professeur et cela dévalorisait à mes yeux ses propositions et la note que j'avais obtenue.

Je n'ai pas donné suite. Maintenant, il fallait que je me trouve un travail. Je me sentais bonne à rien. Rien ne me plaisait. Surtout, j'étais persuadée que je n'étais pas capable. Mes diplômes obtenus n'étaient pour moi qu'une illusion.

Un stage à l'APEC, où on me demande quels étaient mes savoirs et mes savoir-faire m'acheva. Mon savoir était tout petit et j'allais très vite l'oublier, quant aux savoir-faire je n'en avais aucun. J'étais perdue et il n'y avait toujours pas de chevalier pour me sauver. »

Le terrain de l'anxiété et de la dépression s'est ainsi constitué. Là-dessus s'est installé un désaccord profond avec son père. Elle dira : « Je l'ai tué. » Dans le même temps l'identification avec sa mère a pris forme : « Je n'ai jamais su coupé le cordon ombilical. »

Au début de la thérapie, elle avait 43 ans. Voici ses résultats aux échelles d'évaluation pour les principales étapes du traitement :

Tableau des résultats obtenus

Variables	Etat initial	Etat intermédiaire (1 an)	Etat final
Anxiété	49	54	56
BDI	33	18	20
Ab	4	4,4	3,6
At	4,4	4,4	3,2
Au	4,57	4,57	5,43
Ca	4	3,4	4
De	5,8	4,6	5,6
In	4,6	4	4
Inh	3,6	4,8	5,2
Is	5,2	4,8	5,4
Pe	4,67	4	4,33
Me	3,6	4,2	4,2
Sm	3,4	4,2	3
Vu	4,4	3,8	4,2

Ce tableau montre qu'à un an de thérapie, il y a eu quelques modifications : Ca = de 4 à 3,4 ; De = 5,8 à 4,6 ; In = de 4,6 à 4 ; Is = de 5,2 à 4,8 ; Pe = de 4,67 à 4 ; Vu = de 4,4 à 3,8. La dépression est passée de 33 à 18. Cependant, il y a une augmentation de l'anxiété (de 49 à 54).

A deux ans de thérapie les modifications portent sur : Ab = 4 à 3,6 ; At = de 4,4 à 3,2 ; In = de 4,6 à 4 ; Pe = de 4,67 à 4,33 ; Sm = de 3,4 à 3. La dépression est passée de 33 à 20. L'anxiété augmente encore (de 49 à 56).

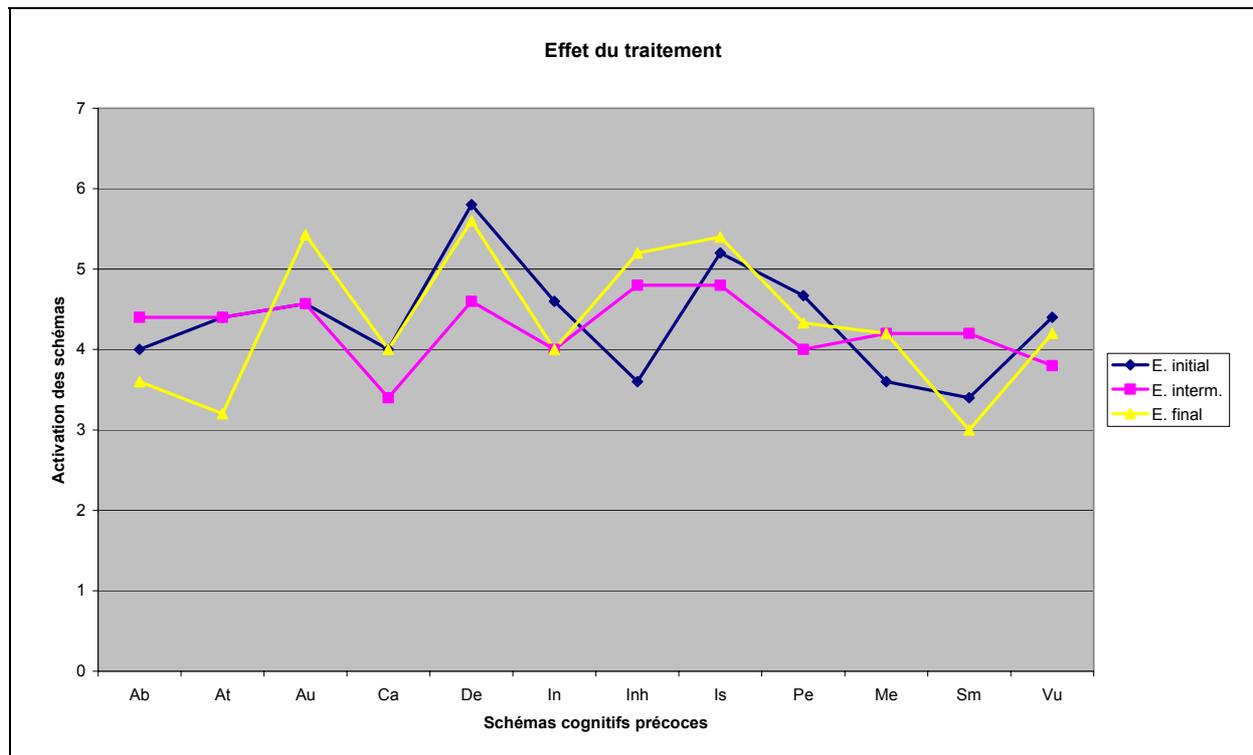
Ces évolutions représentent :

Pour la dépression : 39,39%

Pour les schémas : At : 27,27% ; In : 13,04% ; Sm : 11,76% ; Ab : 10% ;
Pe : 7,28%.

On constate que cinq schémas (At, In, Sm, Ab, Pe) évoluent à même temps que la dépression.

Représentation graphique :



Avec deux ans de traitement, l'amélioration de l'état de ce patient repose simplement sur l'évolution de ces cinq schémas.

Le sujet CC avec six schémas dont nous présentons les variations des scores :

Ab : de 4 à 2 représente une baisse de 50%
Au : de 3,86 à 2,57 33,42%
Ca : de 3,4 à 2..... 41,17%
Me : de 3,4 à 2,6..... 23,53%
Sa : de 4 à 2 50%
Inh : de 1,4 à 1,8 (une augmentation de 28,57%).

Ces évolutions montrent que lorsque le score avant traitement est faible, son évolution est aussi faible. Néanmoins, on constate une nette évolution du niveau d'activation de ces schémas. Ces évolutions correspondent à une évolution de l'anxiété (de 32 à 14) de 56,25% et de la dépression (de 10 à 0) de 100%.

Le troisième cas clinique présenté (patient CA) montre également un effet positif du traitement :

In : de 4,4 à 1,8 (59,1%)
Is : de 3,2 à 1,6 (50%)
De : de 3,4 à 1,6 (52,9%)
At : de 3,6 à 2 (44,4%)
Me : de 3,2 à 2 (37,5%)
Pe : de 3,67 à 1,67 (54,5%)
Sm : de 4,6 à 3,2 (30,4%)

L'anxiété passe de 52 à 6 (88,46%) et la dépression de 26 à 3 (88,46%). On observe dans ce cas une nette évolution des schémas correspondant à une évolution importante du trouble anxio-dépressif.

Nous montrons ainsi une certaine concordance entre les résultats statistiques et les résultats cliniques.

Nous avons présenté le cas d'un patient (TM) sur lequel la thérapie de type Young n'a pas eu l'effet escompté. Il faut sans doute un peu plus de temps pour un tel patient. Mais nous avons sélectionné 10 patients chroniques ou résistants sur 14 patients recrutés dans l'étude. Leur symptomatologie est décrite dans la deuxième partie (page 149). On peut donc dire que la méthode de Young destinée aux troubles de personnalité peut être efficace dans le traitement des troubles anxio-dépressifs.

Conclusion

Les résultats statistiques mettent en évidence l'existence d'un effet thérapeutique sur le trouble anxio-dépressif. Cette évolution du trouble anxio-dépressif semble liée à l'évolution des schémas précoces inadaptés.

L'intensité de la dépression était moyenne en début de traitement, et à la fin du traitement, elle était tombée en dessous de la norme (Beck, 1974 ; P. 152) indiquant l'existence d'une dépression (comparaison des scores aux normes). Une telle diminution est également obtenue pour l'anxiété.

Nous avons également montré que l'évolution du trouble anxio-dépressif porte essentiellement sur « Behaviour », « Affect » et « Cognition ». Ces trois composantes sont liées entre elles.

L'étude de corrélations montre qu'il existe entre l'anxiété et la dépression une corrélation substantielle statistiquement significative. Cette même étude a montré que la distinction entre les deux troubles réside dans « cognition » qui est reliée à la dépression, tandis que « sensation » semble liée à l'anxiété.

Avec les schémas cognitifs précoces, cette distinction est marquée par le schéma carence affective (Ca) qui est corrélée avec la dépression et pas avec l'anxiété. Celle-ci est fortement corrélée avec De, Is. Elle a une corrélation substantielle significative avec Pe et Vu. Ses corrélations substantielles avec At, In, Inh, n'atteignent qu'un seuil de 0,10 (tableau 14). Si on considère ces corrélations, on constate que 7 schémas (At, De, In, Inh, Is, Pe, Vu) sont à la fois corrélés avec l'anxiété et la dépression. En effet, plusieurs recherches montrent que les schémas inadaptés sont pour la plupart liés à l'anxiété (Beck et Emery, 1985 ; Beck et Freeman, 1990, Rusinek et Hautekeete, 1999). Ce nombre relativement faible est sans doute dû à la petite taille de notre population.

Pour ce qui concerne le lien entre les schémas « sentiment d'abandon » et « attachement », et le rôle joué par ceux-ci dans la formation des SCP, des recherches complémentaires sont nécessaires pour confirmer ces observations (corrélations entre les SCP).

La comparaison des évolutions des schémas prises deux à deux par t Student appariés fait apparaître trois groupes hiérarchisés de façon distincte : Le tableau 19 (page 168) dont une partie est reproduite ci-après indique les groupes de schémas dont les évolutions sont significativement différentes bien qu'il ne soit pas possible de montrer des « frontières » nettes :

Groupes	Schémas
1	Vu In
2	Sa At Is Ab De
3	Pe Ca Me Sm Au Inh

Par ailleurs, l'analyse de régression linéaire multiple pas à pas montre que les évolutions de 4 schémas influencent positivement l'évolution de l'anxiété : In, Me, Ab, At.

Les évolutions de 7 schémas sont causes d'une évolution positive de la dépression : Au, Me, Ab, At, De, Inh, Pe.

Ces résultats semblent indiquer l'influence des évolutions de 8 schémas sur l'évolution du trouble anxio-dépressif : In, Au, Me, Ab, At, De, Inh, Pe.

Cinq schémas ne font pas partie de cette liste : Ca, Is, Sa, Sm, Vu. Or les schémas Vu, Sa et Is sont parmi les schémas qui évoluent le plus (tableau 18), ce qui signifierait qu'il n'y a pas de liaison automatique entre l'importance de l'évolution de certains schémas et l'évolution de l'anxiété et de la dépression. Il y a clairement des schémas dont l'évolution est typiquement liée à l'anxiété et à la dépression, même si cette évolution n'est pas parmi les plus fortes évolutions constatées.

Le modèle de psychopathologie fondé sur les schémas cognitifs précoces est proposé par Young dans le but d'une meilleure évaluation et d'un traitement efficace des troubles de personnalité. Pour vérifier ce postulat théorique, Lee (1999) utilise le questionnaire sur deux groupes de sujets : l'un recruté selon les critères de l'axe II du DSM IV et l'autre de l'axe I. Tous les scores des sujets axe II sont supérieurs à ceux des sujets axe I et toutes les différences sont significatives à l'exception de Sa et Vu ($p < 0,10$).

Or plusieurs résultats de recherche (Hahusseau, 2001) concordent pour affirmer la présence de troubles de personnalité dans l'anxiété (30 à 60%) et la dépression (30 à 40%). Cette présence de troubles de personnalité complique le pronostic et le traitement des troubles de l'axe I (Reich et al, 1991, 1993). Il est donc impossible de séparer nettement les deux axes. La question se pose de leur intrication au moins chez certains sujets anxio-dépressifs. Il se fait que dans notre étude, les sujets ont des caractéristiques précises qui les distinguent des patients ayant une dépression majeure « classique » : la thérapie comportementale et cognitive classique n'a pas eu d'effet sur la plupart de nos sujets (ni les autres thérapies d'ailleurs), et l'on peut supposer que ces sujets très résistants cumulent des troubles axe II avec leur dépression, ce qui pourrait expliquer l'efficacité de la thérapie de type Young que nous avons engagée.

Il n'est pas question avec ces patients de leur attribuer une comorbidité précise : nous nous plaçons uniquement au plan des schémas inadaptés reconnus comme reliés aux troubles de personnalité, mais il est évident ici que certains de ces schémas de personnalité sont liés à une dépression résistante aux traitements. Le fait que les évolutions des schémas Ca, Vu, Is, Sa et Sm n'aient pas d'impact sur l'évolution de l'anxiété et de la dépression laisse penser que ces schémas ne seraient pas liés à ce type de pathologie résistante aux traitements. Mais il faut ici se méfier car le faible nombre de sujets n'est pas garant de l'exhaustivité des effets significatifs. Il est probable que la résistance au changement thérapeutique soit due à des désordres complexes et sans doute variés sur le plan de l'axe II.

Remarquons d'ailleurs que la description des SCP faite par Young établit un lien entre les cinq schémas : Vu, Is, Sa, Ca, Sm (voir Young et Klosko, 1995 – pages 121, 144, 195). A ce propos, Young raconte le cas d'un de ses patients : « Au début de sa thérapie, Jean ne pouvait pas nous dire clairement ce qui le bouleversait. Il disait se sentir « seul », « indifférent ». Plus tard, il a avoué éprouver un sentiment de solitude et un isolement intenses au point d'avoir déjà envisager le suicide ».

S'il existe un ensemble de schémas (In, Me, Ab, At) qui contribue à l'évolution de l'anxiété et un autre ensemble (Au, Me, Ab, At, De, Inh, Pe) impliqué dans celle de la dépression, il reste 5 schémas (Ca, Sa, Vu, Sm et Is) qui ne semblent pas impliqués dans une évolution positive des dépressions résistantes aux traitements. Des recherches complémentaires seraient cependant nécessaires pour confirmer l'absence d'implication de cette troisième catégorie de schémas. En effet, nous avons vu que les schémas Is et Vu sont corrélés significativement à la fois avec l'anxiété et la dépression, même si leurs fortes évolutions ne sont pas impliquées dans l'évolution de ces troubles. Il en est de même pour le schéma Ca qui n'est corrélé qu'avec la dépression de façon significative. Si avec notre faible effectif nous pouvons démontrer des effets significatifs, il faut se garder d'en tirer des conclusions écartant tout effet non significatif.

Le même type de réflexion doit être mené sur les schémas qui n'ont d'effet que soit sur l'anxiété, soit sur la dépression. Là aussi le faible effectif (par principe) est un obstacle à l'obtention de résultats significatifs ; et on peut légitimement suggérer qu'il n'est pas impossible que d'autres schémas que Me, Ab et At puissent agir sur les deux troubles, ce qui pourrait être potentiellement mis en évidence avec plus de sujets. Ces schémas ayant un double rôle seraient d'ailleurs intéressants à étudier pour leurs relations éventuelles et en tenant compte de l'intrication de l'anxiété et de la dépression. Les études des relations et des effets (ainsi que de la force de ceux-ci) des différents schémas selon qu'ils

soient simples ou doubles sur l'anxiété et la dépression seraient sans doute porteuses dans l'avenir, mais à condition qu'elles soient réalisées avec plus de sujets.

A cet effet, une échelle d'évaluation du trouble anxio-dépressif global analogue à celles de SV et BDI pour obtenir une note générale (en plus des notes spécialisées SV et BDI) serait utile dans l'analyse de régression linéaire multiple qui détermine les variables indépendantes (VI) impliquées dans l'évolution de ce trouble. Surtout dans le cas qui nous intéresse ici, lorsqu'il s'avère résistant. Remarquons tout de suite que ceci n'exclut pas l'intérêt de ce type de recherche dans la dépression majeure « classique » (non résistante aux thérapies, en particulier, à la thérapie comportementale et cognitive), car une comorbidité est loin d'être exclue dans ces cas où l'intensité dépressive est plus légère. Ce n'est pas parce que nous avons mis en évidence l'existence et l'influence de schémas inadaptes (de personnalité) avec des sujets en très grande majorité très résistants que de telles comorbidités n'existent pas dans les cas non résistants bien que nous puissions penser que la présence de troubles de la personnalité soit un facteur très puissant dans la résistance de la dépression aux traitements.

Young fait par ailleurs, sans cesse, des adaptations de son questionnaire. Dans sa thérapie des borderline (2004), il expose quatre modes inadaptes de ce trouble en s'inspirant de l'approche catégorielle des troubles de personnalité du DSM IV : le mode de l'enfant abandonné qui implique les schémas, Ab, Ca, Me, In, Is ; le mode du protecteur détaché (schémas, Inh, assujettissement) ; le mode du parent punitif (schéma autopunition) et le mode de l'enfant en colère (schémas, Ab, Ca, Me). Cette thérapie porte donc essentiellement sur sept schémas : Ab, Ca, Me, In, Is, Inh, Assujettissement. Le concept de modes est récent dans la théorie de Young (2004, 2005). Ce concept s'adapte bien à la prise en charge des patients borderline qui passent allègrement d'un mode de fonctionnement à l'autre. Ces modes forment des regroupements naturels de schémas et de processus de leur perpétuation.

Nos résultats laissent penser qu'il pourrait aussi y avoir de tels « modes », disons plus modestement « clusters » de schémas, impliqués dans le trouble anxio-dépressif résistant.

Il n'existe pas aujourd'hui de consensus reposant sur des bases empiriques. Les thérapeutes sont en quête de modèle conceptuel permettant le traitement du patient présentant un trouble de personnalité.

Parmi les modèles existants, l'approche centrée sur les schémas regroupés en modes a trois avantages :

- Elle permet de simplifier la complexité des états limites en la ramenant à quatre modes fondamentaux. Ce qui facilite l'apprentissage du patient sur ses modalités de fonctionnement pour obtenir sa collaboration dans le changement.
- Elle suppose des liens dynamiques entre chaque mode.
- Elle propose des stratégies thérapeutiques pour chaque mode.

La méthode de Young représente une avancée réelle dans le traitement des troubles de personnalité et peut-être ainsi que nous avons tenté de le montrer dans celui du trouble anxio-dépressif résistant aux autres thérapies, y compris la thérapie comportementale et cognitive classique. Cependant, avec les progrès réalisés dans la psychologie, il est nécessaire de poursuivre la recherche sur les items caractérisant les schémas afin d'améliorer la cohérence interne du questionnaire, faciliter le choix du schéma et réduire ainsi la durée de la thérapie.

Références bibliographiques

1. ABELA JRZ & D'ALLESANDRO DU (2002). Beck's cognitive theory of depression: The diathesis-stress and causal mediation components. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 111-128.
2. ABRAMSON LY (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
3. ABRAMSON LY, METALSKY GI, & ALLOY LB (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
4. ABRAMSON LY, ALLOY LB, HOGAN ME, WHITEHOUSE MG, DONOVAN P, ROSE DT, PANZARELLA C & RANIERE D (1999). Cognitive vulnerability to depression: Theory and evidence. *Journal of cognitive psychotherapy*, 13, 5-20.
5. ADAM C, EVRARD F (2005). *Donner des émotions aux agents conversationnels*. Grenoble, Workshop Agents Conversationnels Animés.
6. AINSWORTH MD, BLEHAR MC, WATERS E & WALL S (1978). *Patterns of attachment: Assessed in the strange situation and at home*. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum. *The integrative power of cognitive therapy*. New York, Guilford Press.
7. ALFORD BA & BECK AT (1997).
8. ANDLER D., BAILLY F., DAVOINE F. (1987), *D'une Science à l'Autre*, Paris, Seuil.
9. ANDLER D. (1989), *Sciences cognitives*, Encycloaedia Universalis, 6, 65-74.
10. ANDERSON J. R. & BOWER G. H. (1972). Configurational Properties in Sentence Memory. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behaviour*, 11, 594-605.
11. ANDERSON JR, BOWER GH (1973). *Human associative memory*. Washington, DC.
12. ANDERSON J. R. (1976), *Language, Memory and Thought*, Hillsdale, LEA.
13. ANDERSON JR (1978). Arguments concerning representations for mental imagery. *Psychological Review*, 85, 249-277.
14. ANDERSON JR (1981). Effects of prior Knowledge on memory for new information. *Memory and Cognition*, 9, 237-246.
15. ANDERSON JR (1983). *The architecture of cognition*. Cambridge, Harvard University Press, MA.
16. ANDERSON JR (1990). *The adaptive Character of thought*. Hillsdale, Erlbaum.
17. ANDERSON JR (1991). The adaptive nature of human categorization. *Psychological Review*, 98, 409-429.
18. ANDERSON JR (1993). *Rules of the mind*. Hillsdale, Erlbaum.

19. ANGST J (1999). Major depression in 1998: are we providing optimal therapy? *Journal of Psychiatry*, 60, 5-9
20. ARBIB M. A., CONKLIN E. J., HILL J. C. (1987), *From Schema Theory to language*, Oxford, Oxford University Press.
21. ARISTOTE (1970), *De l'âme*, Paris, Les Belles Lettres.
22. ARMON-JONES C. (1986a), « *The Thesis of Constructionism* ». In the social construction of emotions, Oxford, Basil Blackwell.
23. ARMON-JONES C. (1986b), "*The Social Function of Emotion*". In the social construction of emotions, Oxford, Basil Blackwell.
24. ARNOLD MB (1960). *Emotion and personality*. New York, Columbia University Press.
25. AVERILL J. R. (1980), "*A Constructionist View of Emotions*". In Plutchik R. & Kellerman H. (Eds). *Emotion: Theory, Research and Experience*. New York, Academic Press.
26. AVERILL JR (1982). *Anger and aggression: An essay on emotion*. New York, Springer-Verlag.
27. AVERILL J. R. (1985), « *The Social Construction of Emotion: With special reference to love* ». In Gergen K. E. & Davis K. E. (Eds): *The social construction of person*. New York, Springer-Verlag.
28. AVERILL J.R. (1986), "*The Acquisition of Emotions during Adulthood*". In Harre R. (Ed): *The social construction of emotions*. Oxford, Basil Blackwell.
29. BADDELEY A. (1993). *La Mémoire Humaine, théorie et pratique*. Grenoble, Presse Universitaire de Grenoble.
30. BARGH JA, CHAIKEN S, RAYMOND P, HYMES C (1996). The automatic evaluation effect: Unconditional automatic attitude activation with a pronunciation task. *Journal of Experimental Social Psychology*, 32, 105-128.
31. BARLOW D.H. (1988), *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. New York, Guilford
32. BARNETT P.A, GOTLIB IH (1988). Psychosocial functioning and depression: Distinguishing among antecedents, concomitants, and consequences. *Psychological Bulletin*, 104, 97-126.
33. BARRETT PM, RAPEE RM, DADDS MM, RYAN SM (1996). Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children. *J Abnorm Child Psychol*, 24, 187-203.
34. BARTLETT F. C. (1932), *Remembering*, Cambridge, Cambridge University Press.
35. BARTLET J. C, BURLESON G. & SANTROCK J.W (1982), Emotional mood and memory in young children. *Journal of experimental child psychology*, 34, 59-76.
36. BECHARA A (2000). *L'hypothèse des marqueurs somatiques: Implications pour approche cognitive de la psychopathie et de la*

- sociopathie*. In Van Der Linden M, Danion J-M & Agniel A (Eds) : La psychopathologie : Une approche cognitive et neuropsychologique. Marseille, Solal.
37. BECK A. T. (1963), Thinking and Depression: Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-333.
 38. BECK A. T. (1967), Depression: clinical, Experimental and Theoretical Aspect, New York, Harper and Row.
 39. BECK A. T., RUSH A. J., SHAW B. F., EMERY G. (1979), *Cognitive Therapy of Depression*, New York, Guilford Press.
 40. BECK A. T. (1983). Cognitions, attitudes and personality dimensions in depression. *British Journal of cognitive psychotherapy*, 1, 1-16.
 41. BECK A. T. (1984^b), *Cognitive Therapy, Behaviour Therapy, Psychoanalysis and Pharmacotherapy: The Cognitive Continuum*. In Williams J. & Spitzer R. (Eds): *Psychotherapy Research*, New York, Guilford Press.
 42. BECK A. T. & EMERY G. (1985), *Anxiety Disorders and Phobias. A Cognitive Perspective*. Basic Books, New York, Guilford Press.
 43. BECK A. T. (1987), Cognitive Models of Depression. *The Journal of Cognitive Psychology*, 1 (1), 5-37.
 44. BECK A. T. (1987), *Cognitive Therapy*. In J. K. Zeig (Eds): *The Evolution of Psychotherapy* (PP. 149-163), New York, Bruner/Mazel.
 45. BECK A. T. (1987), *Cognitive approaches to panic disorder: Theory and therapy*. In Rachman S. & Maser J. (Eds): *Panic: Psychological perspectives*. Hillsdale, Erlbaum, N. J.
 46. BECK A. T. & CLARK D. A. (1988), Anxiety and Depression: An information Processing perspective. *Anxiety Research*, 1, 23-36.
 47. BECK A. T. (1988), *Love is never enough*. New York, Harper & Row.
 48. BECK A. T. & WEISHAAR M. E. (1989), *Cognitive Therapy*. In A. Freeman, K. M. Simon, H. Arkowitz & Beutler (Eds): *Comprehensive Handbook of cognitive Therapy*. New York, Plenum.
 49. BECK A. T. & FREEMAN A. (1990), *Cognitive therapy of Personality Disorders*, New York, Guilford Press.
 50. BECK AT (1991). Cognitive therapy: A 30 year retrospective. *American psychologist*, 46, 368-375.
 51. BECK AT (1996). *Beyond belief: A theory of modes, personality and psychopathology*. In Salkovskis P (Ed), *frontiers of cognitive therapy*. New York, Guilford Press.
 52. BECK AT, STEER RA & BROWN GK (1996). *Beck depression inventory-II*. San Antonio (Texas), the psychological corporation.
 53. BENJAMIN LS (1974), Structural analysis of social behaviour. *Psychological review*, 81, 392-425.
 54. BENJAMIN LS (1993), *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. New York, Guilford Press.

55. BIEDERMAN J, ROSENBAUM JF, BOLDUC-MURPHY EA, FARAONE SV, CHALOFF J & al (1993). A 3-year follow-up of children with and without behavioural inhibition. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32, 814-821.
56. BIZZINI L. (2000), Approche Constructiviste et TCC : Quelques « Bonnes » Raisons pour une Intégration. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 10, 3, 81-83.
57. BLACKBURN I. M. & COTTRAUX J. (1988), *Thérapie Cognitive de la Dépression*, Paris, Masson.
58. BLACKBURN IM, SMYTH P (1985). A test of cognitive vulnerability in individuals prone to depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 24, 61-62.
59. BLAIR R. (1995), « A Cognitive Developmental Approach to Morality: Investigating the psychopath ». *Cognition*, 57, 1-29.
60. BLANEY P. H. (1986), Affect and Memory: A Review. *Psychological Bulletin*, 99, 229-246.
61. BLANK DS, MEEDEN LA, MARHSALL JB (1991). *Exploring the symbolic/subsymbolic continuum: A case study of RAAM*. In Dinsmore J. (Ed), *Closing the Gap: Symbolism vs. Connectionism*. Hillsdale, Erlbaum.
62. BLES M.-F. (1997), *Modélisation, affect, émotions et sens: plaidoyer pour une individualité*, Lille, PU Septentrion.
63. BOISVERT J.-M. & BEAUDRY M. (1979), *S’Affirmer et Communiquer*, Montréal, Les Editions de L’homme.
64. BOURY M, TREADWELL T & KUMAR VK (2001). Integrating psychodrama cognitive therapy: An exploratory study. *International Journal of Action Methods*, 54, 13-28.
65. BOWER G. H., MONTEIRO K. P. & GILLIGAN S. G. (1978), Emotional Mood and Context for Learning and Recall, *Journal of Verbal Learning and Verbal Behaviour*, 17, 573-587.
66. BOWER G. H., BLACK j. B. & TURNER T. J. (1979), Scripts in Memory for Text. *Cognitive Psychology*, 11, 177-220.
67. BOWER G. H, GUILLIGAN S. G, MONTEIRO K (1981). Selectivity of learning caused by affective state. *Journal of experimental psychology: General*, 110, 451-473.
68. BOWER G. H. (1981), *Theories of learning*. Englewood Cliffs, N. J. Prentice-Hall.
69. BOWER G. H. (1981), Mood and Memory, *American Psychologist*, 36, 129-148.
70. BOWER G. H. & COHEN P. (1982), *Emotional Influences in Memory and Thinking: Data and Theory*. In Clark & Fiske (Eds): *Affect and Cognition*. Hillsdale, LEA.

71. BOWER GH (1983). Affect and cognition. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, 302, 387-402.
72. BOWERS K. S. & MEICHENBAUM D. (1984), *The Unconscious Reconsidered*, New York, Wiley.
73. BOWER G. H. (1992). *How might emotions affect learning?* In Christanson S. A. (Eds): *The handbook of emotion and memory*, Hillsdale NJ, Erlbaum, 3-31.
74. BOWLBY J (1969). Les effets sur le comportement d'une rupture de liens affectifs. *Hygiène mentale du Canada*, 59, 1-13.
75. BOWLBY Y (1969). *Attachement et perte*. Paris, PUF.
76. BOWLBY J (1973). *Anxiety and Anger*. New York, Basic Books.
77. BOWLBY J. (1984), *La séparation, Angoisse, Colère* (vol. 2 de l'attachement et perte). Paris, Presse Universitaire de France.
78. BRADLEY B, MATHEWS A (1983), Negative self-schemata in clinical depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 22, 173-181.
79. BRADLEY B, MATHEWS A (1988), Memory bias in recovered clinical depressives. *Cognition and Emotion*, 2, 235-245.
80. BRADLEY BP, MOGG K & WILLIAMS R (1994). Implicit and explicit memory for emotional information in non-clinical subjects. *Behaviour research and therapy*, 32, 65-78.
81. BRADLEY BP, MOGG K, MILLAR N & WHITE J (1995). Selective processing of negative information: effects of clinical anxiety, concurrent depression, and awareness. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 532-536.
82. BRADLEY BP, MOGG K & MILLAR N (1996). Implicit memory bias in clinical and non-clinical depression. *Behaviour research and therapy*, 34, 11, 865-879.
83. BRADSHAW J. (1993). *S'affranchir de la Honte: Libérer l'Enfant en soi*. Montréal, Le Jour Editeur.
84. BREWER W. F., NAKAMURA G. V. (1984). *The Nature and Functions of Schemas*. In R. S. Wyer & T. K. Srull (Eds): *Handbook of Social Cognitions*. New York, Wiley and Sons.
85. BREWIN CR (1989). Cognitive change processes in psychotherapy. *Psychological review*, 96, 379-394.
86. BRIDGEMAN B (1988). *The biology of behaviour and mind*. New York, Wiley.
87. BROCHIER T. (1995). *Dépression et maladies anxieuses*. In: Olié JP, Poirier MF, Loo H (Eds), *Les maladies dépressives*, Paris, Flammarion.
88. BROWN GP, HAMMEN CL, CRSKE MG & WICKENS TD (1995). Dimension of dysfunctional attitudes as vulnerabilities to depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 431-435.

89. BUCCI W. (1995). *The power of narrative; A multiple code account*. In Pennebaker J. (Ed.) *Emotion, Disclosure and Health*, Washington, American Psychological Association.
90. BUCCI W. (1997) *Psychoanalysis and cognitive science: A multiple code theory*. New York, Guilford Press.
91. BUCCI W. (1998) Transformation of meaning in the analytic discourse: A strategy for research. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 6, 233-260.
92. BUCCI W. (2000). The need for a “psychoanalytic psychology” in the cognitive science field. *Psychoanalytic Psychology*, 17, 203-224.
93. BUCCI W. (2001) Pathways of emotion communication. *Psychoanalytic Inquiry*, 20, 40-70.
94. BUCK R. (1988), *Human Motivation and Emotion*, New York, J. Wiley.
95. BURNS D. (1985), *Etre Bien dans sa Peau*. Saint-Lambert, Editions Héritage.
96. BUSS AH, PLOMIN R (1984). *Temperamen: Early developing personality traits*. Hillsdale, Laurence Erlbaum Associates.
97. CALVO MG, EYSENCK MW (1998). Cognitive bias to internal sources of information in anxiety. *International Journal of Psychology*, 33, 287-299.
98. CANGUILHEM G (1966). *Le normal et le pathologique*. Paris, PUF.
99. CANNON WB (1927). The James-Lange theory of emotions: A critical examination and an alternative theory. *American Journal of Psychology*, 39, 106-124.
100. CARDOT H, ROUILLON F (1995). Evolution à long terme des dépressions: épidémiologie et clinique. *L'Encéphale*, sp. II, 51-59.
101. CARK MS & ISEN AM (1982). *Towards understanding the relationship between feeling states and social behaviour*. In Hastorf AH and Isen AM (Eds): *Cognitive social psychology*. New York, Elsevier.
102. CHARLTON PFC & POWER MJ (1995). The assessment of dysfunctional attitudes and their role in the onset, persistence and recurrence of clinical depression. *European Journal of Personality*, 9, 5, 379-400.
103. CHOMSKY N. (1968), *Le langage et la Pensée*, Paris, Payot.
104. CHURCHLAND (1988), « *Reduction and the neurological basis of consciousness* ». In Marcel A. & Biasach E.: *Consciousness contemporary science*. Oxford, Oxford University Press.
105. Claparède E. (1933), *La Genèse de L'hypothèse: Etude Expérimentale*. *Archives de Psychologie*, 24, 93-94.
106. CLAPAREDE E. (1950), *Feelings and Emotions*. In Reymert M. L. (Eds): *Feelings and Emotions*. New York, McGraw Hill Book Co.

107. CLARK D. A., BECK A. T. (1989), *Cognitive Therapy and Therapy of Anxiety and Depression*. In P. C. Kendall & D. Watson (Eds): *Anxiety and Depression: Distinctive and Overlapping Features*. San Diego, Academic Press.
108. CLARK D. A., BECK A. T., STEWART B. (1990), Cognitive Specificity and Positive-Negative Affectivity: Complementary or Contradictory views on Anxiety and Depression? *Journal of Abnormal Psychology*, 99 (2), 148-155.
109. CLARK DA, BECK AT & ALFORD BA (1999). *Cognitive theory and therapy of depression*. New York, Wiley & Sons.
110. CLARK DA, BECK AT & BROWN G (1989). Cognitive mediation in psychiatric outpatients: A test of the content-specificity hypothesis. *Journal of personality and social psychology*, 56, 958-964.
111. CLARK DA, STEER RA (1996). *Empirical status of the cognitive model of anxiety and depression*. In Salkovskis P (Ed): *Frontiers of cognitive therapy*. New York, Guilford Press.
112. CLARK DA & TEASDALE JD (1985). Constraints on the effects of mood on memory. *Journal of personality and social psychology*, 48, 6, 1595-1608.
113. CLARK DM & TEASDALE JD (1982). Diurnal variation in clinical depression and accessibility of memories of positive and negative experiences. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 87-95.
114. CLONINGER C. R. (1987), A Systematic Method for clinical Description and Classification of Personality Variants. *Ach. Gen. Psychiatry*, 44, 573-588.
115. CLONINGER C. R. (1993). A Psychobiological Model of Temperament and Character. *Arch. Gen. Psychiatry*, 50, 975-990.
116. COHEN JD, DUNBAR K & McCLELLAND J (1990). On the control of automatic processes: A parallel distributed processing account of the Stroop effect. *Psychological Review*, 97, 332-361.
117. COHEN JD, SERVAN-SCHREIBER D (1992). A neural network model of disturbances in the processing of context in Schizophrenia. *Psychiatric Annals*, 22, 3, 131-136.
118. COHEN JD, SERVAN-SCHREIBER D, TARG E & SPIEGEL D (1992). The fabric of thought disorder: A cognitive neuroscience approach to disturbances in the processing of context in schizophrenia. *Cognitive science and clinical disorders*, 99-127.
119. COLBY KM & STOLLER RJ (1988). *Cognitive science and psychoanalysis*. Hillsdale, Analytic Press.
120. COLLINS A. M. & QUILLIAN M. R. (1969), Retrieval Time from Semantic Memory. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behaviour*, 8, 240-247.

121. COLLINS A. M. & LOFTUS E. F. (1975), A Spreading-activation Theory of Semantic Processing. *Psychological Review*, 82, 407-428.
122. CORSON Y (2002). Variations émotionnelles et mémoire: principaux modèles explicatifs. *L'Année psychologique*, 102, 109-149.
123. COSNIER J. (1994), *Psychologie des Emotions et des Sentiments*. Paris, Ritz.
124. COTTRAUX J., BOUVARD M. & Légeron P. (1985), *Méthodes et Echelles d'évaluation des Comportements*. Issy-Les-Moulineaux, EAP.
125. COTTRAUX J. & BLACKBURN I. M. (1995), *Thérapies Cognitives des Troubles de la Personnalité*. Paris, Masson.
126. COUSINEAU P. (1995), L'Approche Cognitive et les Troubles de la Personnalité. *Revue Québécoise de Psychologie*, 16, 131-152.
127. COUSINEAU P., YOUNG J. E. (1997), Le Traitement du Trouble de Personnalité Limite par l'Approche centré sur les Schémas. *Santé Mentale au Québec*, 22, 87-105.
128. CRAIK F. I. M. & LOCKHART R. S. (1972), Levels of Processing: A Framework for Memory Research. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behaviour*, 11, 671-684.
129. CROW TJ (1968). Cortical synapses and reinforcement. *Nature (Lond)*, 219, 736-737.
130. DADDS MR, BARRETT PM, RAPEE RM (1996). Family process in child anxiety and aggression: An observational analysis. *J. Abnormal Child Psychology*, 24, 715-734.
131. DALGLEISH T (1995). Performance of the emotional Stroop task in groups of anxious, expert and control participants: A comparison of computer and card presentation formats. *Cognition and Emotion*, 9, 326-340.
132. D'ANDRADE RG (1987), « *A Folk Model of Mind* ». In Holland D. & Quinn N. (Eds): *Cultural models in language and thought*. Cambridge, Cambridge University Press.
133. DANSET A. (1991), *Eléments de Psychologie du Développement*. Paris, Armand Colin.
134. DARWIN C. R. (1872). *The Expression of the Emotions in Man and Animals*. Chicago, University of Chicago Press; New York, Appleton.
135. DARWIN C. R. (1874), *L'Expression des Emotions chez l'Homme et les Animaux (the Expression of the Emotions in man and Animals)*. Paris, C. Reinwald.
136. DAVIDSON D. (1975), *Thought and Talk, in inquiries into truth and interpretation*. Oxford, University Press.
137. DAVIS JE (1980). *Chrysalis*. Salt Lake City, Olympus.
138. DEBRAY Q. & Nollet D. (1997), *Les Personnalités Pathologiques, approche cognitive et thérapeutique*. Paris, Masson.

139. DEBRAY Q. & al (2005), *Traitement des personnalités pathologiques*. Paris, Masson.
140. DeHOUEWER J & HERMANS D (2001). Automatic affective processing. *Cognition and Emotion*, 15, 1, 113-114.
141. DeHOUEWER L & EeLEN P (2002). Automatic integration of non-perceptual action effect features: The case of the associative affective Simon effect. *Psychological Research*, 66, 166-173.
142. DeHOUEWER J (2002). The implicit associations in psychopathology. *Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 53, 115-133.
143. DeHOUEWER J & EeLEN P (2004). Automatic stimulus-goal comparisons: Evidence for motivational affective priming studies. *Cognition and Emotion*, 18, 29-54.
144. DENNETT D. (1978), *Brainstorms*, Cambridge (Mass.), M.I.T. Press.
145. DENNETT D. (1988). *The Intentional Stance*, Cambridge (Mass.), M.I.T. Press.
146. DESCARTES R. (1969), *Œuvres*, Paris, Vrin.
147. DESCARTES R. (...), *Discours de la Méthode, IV ; Méditations, Spéc. II ; Les Principes de la Philosophie, 1-12*. In Adam & Tannery (Eds) : *Œuvres*. Paris, Vrin.
148. DE SOUSA R. (1980), « *The Rationality of Emotion* ». In Rorty A. O. (Ed): *Explaining emotions*. Berkeley, University of California Press.
149. DeSYLVESTRI C (1989). Clinical models in RET: An advanced model of the organization of emotional and behavioural disorders. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive –Behaviour therapy*, 7, 51-58.
150. DE WAAL F. (1997), *Le bon singe: Les bases naturelles de la morale*. Paris, Editions Bayard.
151. DiGIUSEPPE R (1986).The implication of the philosophy of science for rational-emotive theory and therapy. *Psychotherapy*, 23, 634-639.
152. DOBSON K. S. & BLOCK L. (1988), *Historical and Philosophical Bases of the Cognitive and Behavioural Therapies*. In K. S. Dobson (Ed): *Handbook of Cognitive Behavioural Therapies*. New York, Guilford Press.
153. DOCHERTY JP (1997). Barriers to the diagnosis of depression in primary care. *Journal of clinical psychiatry*, 58, 5-10.
154. DRYDEN W. (1984). *Rational-Emotive Therapy and Cognitive Therapy: A Critical Comparison*. In M. A. Reda & M. J. Mahoney (Eds): *Cognitive Psychotherapies: Recent Developments in Theory, Research and Practice*. Cambridge, Ballinger.
155. DUMOUCHEL P. (1995), *Emotion: Essai sur le Corps et le Social*. Paris, Synthélabo.

156. EAVES G & RUSH AJ (1984). Cognitive pattern in symptomatic and remitted unipolar major depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 31-40.
157. EICH JE (1980). The cue-dependent nature of state-dependent retrieval. *Memory and cognition*, 8, 157-173.
158. EKMAN P. & FRIESEN W. (1971), « Constants across Cultures in the Face and Emotion ». *Journal of Personality and social psychology*, 17, 2, 124-129.
159. EKMAN P. (1980a), "L'expression des émotions. La recherche", 11, 1408-1415.
160. EKMAN P. (1980b), "*Biological and Cultural Contributions to Body and Facial Movement in the Expression of Emotion*". In Rorty A. O. (Ed): *Explaining Emotions*. Berkeley, University California Press.
161. EKMAN P., LEVENSON R. W. & FRIESEN W. (1983), "Automatic Nervous Activity Distinguishes among Emotions". *Science*, 221, 1208-1210.
162. EKMAN P. (1984), "*Expression and the Nature of Emotion*". In Scherer K. & Ekman P. (Eds): *Approaches to Emotion*. Hillsdale, Lawrence Erlbaum.
163. EKMAN P. (1992a), "An Argument for Basic Emotions". *Cognition and Emotion*, 6, 169-200.
164. EKMAN P. (1992b), "Facial Expression of Emotion: New Findings, New Questions". *Psychological Science*, 3, 34-38.
165. EKMAN P. (1992c), "Are there Basic Emotions?" *Psychological Review*, 99, 3, 550-553.
166. EKMAN P. (1993), "Facial Expression and Emotion". *American Psychologist*, 48, 4, 384-392.
167. EKMAN P. (1994), "*All Emotions are Basic*". In Ekman P. & Davison R. (Eds): *The nature of emotion: fundamental questions*. Oxford, University Oxford Press.
168. EKMAN P. (1998). *After word of Darwin, The Expression of the Emotions in Man and Animals*. Oxford, Oxford University Press.
169. ELLIS A. (1962), *Reason and Emotion in Psychotherapy*, New York, Lyle Stuart.
170. ELLIS A (1994). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York, Carol Publishing Group.
171. ELLIS HC, ASHBROOK PW (1988). *Resource allocation model of the effects of depressed mood states on memory*. In Fiedler K & Forgas J (Eds): *Affect, Cognition and Social Behaviour*. Toronto, Hogrefe.
172. ELLIS HC, MOORE BA (1999). *Mood and memory*. In Dalgleish T & Power MJ (Eds): *Handbook of Cognition and Emotion*. Chichester, Wiley.

173. ELLIS HC, VARNER LJ, BECKER AS, OTTAWAY SA (1995). Emotion and prior knowledge in memory and judged comprehension of ambiguous stories. *Cognition and Emotion*, 9, 6, 363-382.
174. ELLIS HC, OTTAWAY SA, VARNER LJ, BECKER AS, MOORE BA (1997). Emotion, motivation and text comprehension: The detection of contradictions in passages. *Journal of experimental psychology: general*, 126, 2, 131-146.
175. EMERY G & TRACY NL (1987). *Theoretical issues in the cognitive-behavioural treatment of anxiety disorders*. In Michelson L & Ascher LM (Eds): *Anxiety and stress disorders*. New York, Guildford Press.
176. ENDRESS AD, SCHOLL BJ, & MEHLER J (2005). The role of salience in the extraction of algebraic rules. *Journal Experimental Psychology: General*, 134, 3, 406-419.
177. ERMAN LD, HAYES-ROTH F, LESSAER VR & REDDY RD (1980). The Hearsay II Speech understanding system: Integrating knowledge to resolve uncertainty. *ACM Computing surveys*, 12, 2, 213-253.
178. EYSENCK MW, CALVO MG (1992). Anxiety and performance: The processing efficiency theory. *Cognition and Emotion*, 6, 109-434.
179. EYSENCK MW, McLEOD C, MATHEWS AM (1987). Cognitive functioning in anxiety. *Psychological Research*, 49, 189-195.
180. FAMULARO R, KINSCHEREFF R, FENTON T (1992). Psychiatric diagnoses of maltreated children: Preliminary findings. *Journal of American Academic Child Adolescent Psychiatry*, 31, 863-867.
181. FAUCHER L. (1999), "Emotions fortes, constructionnisme faible et élimination". *Philosophiques*, 25, 1, 3-35.
182. FAZIO RH (1986). *How do attitudes guide behaviour?* In Sorrentino RH & Higgins ET (Eds): *The handbook of motivation and cognition: Foundations of social behaviour*. New York, Guildford Press.
183. FAZIO RH, SANBONMATSU DM, KARDES FR (1986). On the automatic activation of attitudes. *Journal of personality and social psychology*, 50, 2, 229-238.
184. FAZIO RH (2001). On the automatic activation of associated evaluations: An overview. *Cognition and Emotion*, 15, 115-141.
185. FERNALD A. (1992), "*Human Maternal Vocalizations to Infants as Biologically Relevant Signals: An Evolutionary Perspective*". In Barlow J., Cosmides L. & Tooby L. (Eds): *The adapted mind: Evolutionary psychology and the generation of culture*. Oxford, University Oxford Press.
186. FERRAND L (2001). *Cognition et lecture. Processus de base de la reconnaissance des mots écrits chez l'adulte*. Bruxelles, De Boeck Université.

187. FERRAND L, CARREIRAS M, GRAINGER J, & PEREA M (2005). Sequential effects of phonological priming in visual word recognition. *Psychological Science*, 16, 8, 585-589.
188. FISCHER A. & FRIJDA N. (1992), "The Emotion Process as a Whole: A response to Greenwood". *New Ideas in Psychology*, 10, 1, 23-27.
189. FISKE S. T. & LINVILLE P.W. (1980), What Does the Schema Concept Buy Us? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 6, 543-557.
190. FOA EB, KOZAK MJ (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
191. FOA EB, McNALLY RJ (1986). Sensitivity to feared stimuli in obsessive-compulsives: A dichotic listening analysis. *Cognitive therapy and research*, 10, 477-485.
192. FODOR J. (1975). *The Language of Thought*, New York, Thomas Crowell.
193. FODOR J. (1987), *La Modularité de l'Esprit*, Paris, Edition de Minuit.
194. FORGAS JP (1999). *Network theories and beyond*. In Dalgleish T & Power MJ (Eds): *Handbook of cognition and emotion*. Chichester, Wiley.
195. FORGAS JP, BOWER GH (1987). Mood effects on person perception judgements. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 53-60.
196. FOEGAS JP, BOWER GH, KRANTZ S (1984). The influence of Mood on perception of social interactions. *Journal of Experimental Social Psychology*, 20, 497-513.
197. FRANK R. (1988), *Passion within Reason: The strategic role of Emotions*. New York, Norton W. W. Company.
198. FREEMAN A., PRETZER J., FLEMING B., SIMON K. M. (1990), *Clinical Applications of Cognitive Therapy*. New York, Plenum Press.
199. FRENCH RM (1997). Pseudo-recurrent connectionist network: An approach to the "sensitivity-stability" dilemma. *Connection science*, 9, 4, 353-379.
200. FRENCH RM (2000). The Turing test: The first fifty years. *Trends in Cognitive Sciences*, 4, 3, 115-122.
201. FRENCH RM, MARESCHAL D, MERMOLLOD M & QUINN PC (2004). The role of bottom-up processing in perceptual categorization by 3-to 4-month-old infants: Simulations and data. *Journal of Experimental psychology*, 133, 3, 382-397.
202. FREUD S. & Breuer J. (1892), *Etudes sur l'Hystérie*, Paris, Press Universitaire de France.
203. FREUD S. (1900), *L'Interprétation des Rêves*, Paris, Presse Universitaire de France.

204. FREUD S (1900/1953). *The interpretation of dreams*. In Strachey & trans (Eds): The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London, Hogarth.
205. FREUD S. (1980), *Au-delà du Principe de Plaisir*. Œuvre Complète, (Psychanalyse, 15, 1916-1920). Paris, Presses Universitaires de France.
206. FRIJDA NH (1986). *The emotions*. Cambridge, Cambridge University Press.
207. GARDNER H. (1985), *The Mind's New Science: A History of the Cognitive Revolution*. New York, Basic Books.
208. GARDNER H. (1987), *The Mind's New Science: a History of the Cognitive Revolution*. New York, Basic Book Inc.
209. GAVISH M, SNYDER SH (1980). Benzodiazepine recognition sites on GABA receptors. *Nature*, 287, 651-652.
210. GERRIG RJ, BOWER GH (1982). Emotional influences on word recognition. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 19, 197-200.
211. GIBBARD A. (193), "*Moralité et Evolution Humaine*". In *Fondements Naturels de l'éthique*. Paris, Odile Jacob.
212. GOLDFRIED M. R. & ROBINS C. (1983), *Self-Schema, Cognitive Bias, and the Processing of Therapeutic Experiences*. In P. C. Kendall (Ed): *Advances in Cognitive-Behavioural Research and Therapy*. New York, Academic Press.
213. GOODYER I, WRIGTH C, ALTHAM P (1990). The friendships and recent life events of anxious and depressed school-age children. *British Journal Psychiatry* 156, 689-698.
214. GOODYER I, ASHBY L, ALTHAM PL, VIZE C, COOPER PJ (1993). Temperament and major depression in 11 and 16 years olds. *Journal Child Psychology psychiatry*, 34, 1409-1423.
215. GORMAN R. P. & SEJNOWSKI T. J. (1988), Learned Classification of Sonar Target Using a Massively-Parallel Network. *IEEE transactions in acoustics and speech signal processing*, 36, 1135-1140.
216. GORMAN JM (2005). Comorbid depression and anxiety spectrum disorders. *Depress Anxiety*, 4, 160-168.
217. GOTLIB IH, LEWINSOHN JR, SEELEY PR, ROHDE P & REDNER JE (1993). Negatives cognitions and attributional style in depressed adolescents: An examination of stability and specificity. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 607-615.
218. GRAF P, MANDLER G (1984). Activation makes words more accessible, but not necessarily more retrievable. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behaviour*, 23, 553-568.
219. GRAHM DT, STERN JA, WINOKUR G (1962). Experimental investigation of the specificity of the attitude hypothesis in psychosomatic disease. *Psychosomatic Medicine*, 24, 446-457.

220. GRAY JA (1990). Brain systems that mediate both emotion and cognition. *Cognition & emotion*, 4, 3, 269-288.
221. GREENBERG M. S. & BECK A. T. (1990), *Cognitive approaches to Psychotherapy: Theory and Therapy*. In R. Plutchik & H. Kellerman (Eds): *Emotion and Psychopathology*. San Diego, Academy Press.
222. GREENSPAN P. (1983). "Emotions as Evaluations". *Pacific Philosophical Quarterly*, 62, 158-169.
223. GREENWOOD J. (1992a). « The Social Constitution of Emotion ». *New Ideas in Psychology*, 10, 1, 1-18.
224. GREENWOOD J. (1992b), « On the Kinds of things that are Emotions ». *New Ideas of Psychology*, 10, 1, 29-33.
225. GRIFFITHS P. (1989), « The degeneration of the Cognitive Theory of Emotions ». *Philosophical Psychology*, 2, 3, 297-313.
226. GRIFFITHS P. (1990), "Modularity and Psychoevolutionary Theory of Emotion". *Biology and Philosophy*, 5, 175-196.
227. GRIFFITHS P. (1997), *What Emotions Really Are?* Chicago, Chicago University Press.
228. GRIEGER RM (1986). *From a linear to a contextual model of ABCs of RET*. In Ellis A Grieger RM (Eds): *Handbook of rational-emotive therapy*. New York, Springer.
229. GROSSBERG S (1982). *Studies of mind and brain: Neural principles of learning, perception, development, cognition, and motor control*. Boston, Reidel Press.
230. GUIDANO VF, LOTTI GA (1983). *Cognitive process and emotional disorders*. New York, Guilford Press.
231. GROSSBERG S (1987). Competitive learning: From interactive activation to adaptive resonance. *Cognitive Science*, 11, 23-63.
232. HAMBURG D. (1968), « *Emotion in Perspective of Human Evolution* ». In *Perspective on Human Evolution*. New York, Holt, Riehart & Winston.
233. HAHUSSEAU S. (2001), Psychothérapie d'un Trouble de la Personnalité du Cluster B selon la Méthode de Young. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 11, 2, 62-69.
234. HAMILTON V (1983). *The Cognitive Structures and processes of human motivation and personality*. New York, Wiley & Sons.
235. HAMMEN C, MIKLOWITZ DJ & DYCK DG (1986). Stability and severity parameters of depressive self-schema responding. *Journal of social and clinical psychology*, 4, 23-45.
236. HÄNZE M, HESSE FW (1993). Emotional influences on semantic priming. *Cognition and Emotion*, 7, 195-205.
237. HARRE R. (1986), "An Outline of the Social Constructionist Viewpoint". In *the social construction of Emotions*. Oxford, Basil Blackwell.

238. HARRE R. & FINLAY-JONES R. (1986), « *Emotion Talk across Times* ». In *The social construction of emotions*. Oxford, Basil Blackwell.
239. HAUTEKEETE M. & VANTOMME B. (1986), *Traitement de la Dépression par une Intervention basée sur l'Association Verbale*. *Psychologie Médicale*, 18, 5, 733-739.
240. HAUTEKEETE M., RUSINEK S., HAUTEKEETE-SENCE D. (1996), *Un Test d'Anxiété: Le Style de Vie*. Paris, 24^{èmes} Journées Scientifiques de Thérapie Comportementale et Cognitive.
241. HAUTEKEETE M. (2001), *Thérapie Cognitivo-Comportementale et Emotions*. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 11, 1, 1-4.
242. HAZANOV-BOSKOVITZ O (2003). *Etude du coping des adolescents dans un contexte expérimental*. PhD thesis, Faculté de Psychologie et des sciences de l'éducation de l'université de Genève.
243. HEAD H. & HOLMES G. (1911). *Sensory Disturbances from Cerebral Lesions*. *Brain*, 34, 102-154.
244. HEDLUNDT S, RUDE SS (1995). *Evidence of latent depressive schemas in formerly depressed individuals*. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 517-525.
245. HEELAS P. (1986), « *Emotion Talk across Cultures* ». In *the social construction of emotions*. Oxford, Basil Blackwell.
246. HENRY G, WEINGARTNER H & MURPHY DL (1973). *Influence of affective states and psycho-active drugs on verbal learning and memory*. *American Journal of Psychiatry*, 130, 966-971.
247. HERMANS D, DeHOUEWER J, EeLEN P (1994). *The affective priming effect: Automatic activation of evaluative information in memory*. *Cognition and Emotion*, 8, 515-533.
248. HERMANS D, DeHOUEWER J, EeLEN P (2001). *A time course analysis of the affective priming effect*. *Cognition and Emotion*, 15, 2, 143-165.
249. HERTEL PT (1998). *Relation between rumination and impaired memory in dysphoric moods*. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 1, 166-172.
250. HEWITT PL, FLETTGL (2003). *Perfectionism and quality of intimate relationships*. *Journal of Marriage and the Family*, 65, 143-158.
251. HEWITT PL, FLETT GL, SHERRY SB, HABKE M, LAM RW & al (2003). *The interpersonal expression of perfectionism: Perfectionistic self-presentation and psychological distress*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 1303-1325.
252. HIGGINS ET, KING GA & MAVIN GH (1982). *Individual construct accessibility and subjective impression and recall*. *Journal of Personality and social Psychology*, 43, 35-47.
253. HINTON G & SHALLICE T (1991). *Lesioning an attractor network: Investigations of acquired dyslexia*. *Psychology Review*, 98, 1, 74-95.

254. HIRSHFELD DR, BIEDERMAN J, BRODY L, FARAONE SV, ROSENBAUM JF (1997). Associations between expressed emotion and child behavioural inhibition and psychopathology: A pilot study. *J. Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry*, 36, 205-213.
255. HOLLAND R & al (1993). Attachment and conduct disorder: The response program. *Canadian Journal of Psychiatry*, 38, 420-431.
256. HOLLON S.D. & KRISS M. R. (1984), Cognitive Factors in Clinical Research and Practice. *Clinical Psychology Review*, 4, 35-76.
257. HOLLON S. D. & BECK A. T. (1986), *Cognitive and Cognitive-Behavioural Therapies*. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds): *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change*. New York, Wiley and Sons.
258. HOMME LE (1965). Perspective in psychology: XXIV control of coverants, the operants of the mind. *The Psychological Record*, 15, 501-511.
259. HOPKINS WF, JOHNSON D (1984). Frequency-dependent noradrenergic modulation of long-term potentiation in the hippocampus. *Science*, 226, 350-352.
260. HOROWITZ M. J. (1988). *Introduction to Psychodynamics: A New Synthesis*, New York, Basic Books.
261. HOROWITZ MJ (1991). *Person schemas and maladaptive interpersonal patterns*. Chicago, University of Chicago Press.
262. HOWLAND RH & THASE ME (2005). Comorbid depression and anxiety: When and how to treat? *Medical Library Home*, 329, 891-1047.
263. HOWLAND RH (2005). *Psychosocial therapies for dysthymia. The Hatherleigh Guide to man aging Depression*. New York, Hatherleigh Press.
264. IJZENDOOM MH, JUFFER F, DUYVESTYEN MGC (1995). *Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment: A review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security*. In Hertzog ME & Farber EA (Eds): *Annual progress in child psychiatry and child development*. New York, Brunner/Mazel.
265. INGRAM R (1984). Toward an information processing analysis of depression. *Cognitive therapy and research*, 8, 443-478.
266. INGRAM RE, HOLLON SD (1986). *Cognitive therapy of depression from an information processing perspective*. In Ingram R (Ed): *Information processing approaches to clinical psychology*. New York, Academic Press.
267. INGRAM R.E. & KENDALL P. C. (1986), *Cognitive Clinical Psychology: Implications of an Information Processing Perspective*. In R. E. Ingram (Ed.): *Information Processing Approaches to Clinical Psychology* (pp; 4-22), San Diego & Orlando, Academic Press.

268. INGRAM RE, MIRANDA J & SEGAL ZV (1998). *Cognitive vulnerability to depression*. New York, Guilford Press.
269. INHELDER B. (1965), *Operational Thought and Symbolic Imagery*. In P. Mussen (Ed): European Research in Cognitive Development. Monographs of the Society for Research in Child Development, 30 (2, serial 100), 4-18.
270. INHELDER B., CELLERIER G. & ACKERMANN E., BLANCHET A., BODER A., DE CAPRONA D., DUCRET J.-J., SAADA-ROBERT M. (1992), *Le Cheminement des Découvertes de l'Enfant, recherche sur les microgenèses cognitives*, Lausanne 21, Delachaux et Niestlé.
271. ISEN AM, SHALKER TE, CLARK MS, KARP L (1978). Affect, accessibility of material in memory and behaviour: A cognitive loop? *Journal of Personality and social Psychology*, 36, 1, 12.
272. IZARD C. E. (1978), *Human Emotion*, New York-Londres, Plenum Press.
273. JAMES W (1984). What is an emotion? *Mind*, 9, 188-205.
274. JANET P. (1894), *L'Etat Mental des Hystériques*, Paris, Rueff et Cie.
275. JANET P. (1923), *La Médecine Psychologique*, Paris, Flammarion.
276. JANET P. (1928), *De l'Angoisse à l'Extase*, (2 vols.), Paris, Alcan.
277. JASPERS K (1910). Eifersuchtswahn. Ein Beitrag zur Frage: Entwicklung einer Persönlichkeit Oder Prozess? *Z gesam Neurol Psychiat*, 1, 567-637.
278. JASPERS K (1910). Die Methoden der Intelligenzprüfung und der Begriff der Demenz. Kritisches Referat. *Z gesam Neurol Psychiat*, 1, 402-452.
279. JOHNSON-LAIRD P. N., HERRMANN D. J. & CHAFFIN R. (1984), Only Connections: A Critique of Semantic Networks. *Psychological Bulletin*, 96, 292-315.
280. JOHNSON-LAIRD P. (1988), *The Computer and the Mind: An introduction to cognitive science*. Harvard, Harvard University Press.
281. JOHNSON-LAIRD P. & OATLEY K. (1992), "Basic Emotions, Rationality, and Folk Psychology". *Cognition and Emotion*, 6, ¾, 201-223.
282. JOHNSON-LAIRD PN (1998). *Imagery, visualization, and thinking*. In Hochberg J (Ed): Perception and cognition at the century's End. San Diego, Academic Press.
283. JOINER TE, RUDD MD (1996). Toward a categorization of depression-related psychological constructs. *Cognitive therapy and research*, 20, 51-68.
284. JORDAN M. I. & ROSENBAUM D. A. (1989). *Action*. In M. I. Posner (Ed.): The Foundations of Cognitive Science, Cambridge, M. I. T Press.

285. KAGAN J, NICK S, SNIDMAN N (1987). The physiology and psychology of behavioural inhibition in children. *Child Dev.*, 58, 1459-1473.
286. KANT I. (1963), *Kant, sa Vie, son Oeuvre avec un Exposé de sa Philosophie par André Cresson*. 6^{ème} éd, Paris, PUF.
287. KELLY G. (1955). *A Theory of Personality. The Psychology of Personal Constructs*. New York, Norton.
288. KELTNER D. & BUSWELL B. (1996), "Evidence for the Distinctness of Embarrassment, Shame and Guilt. A Study of Recalled Antecedents and Facial Expressions of Emotion". *Cognition and Emotion*, 10, 2, 155-171.
289. KENDALL P. C., INGRAM R. E. (1989), *Cognitive-Behavioural Perspectives: Theory and Research on Depression and Anxiety*. In P. C. Kendall & D. Watson (Eds): *Anxiety and Depression: Depressive and Overlapping Features*. San Diego, Academic Press.
290. KERNBERG O. F. (1984), *Severe Personality Disorder: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven, Yale University Press.
291. KESSLER RC, MCGONAGLE KA, ZHAO S, NELSON CB, HUGHES M, ESHLEMAN S, & al (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry*, 51, 8, 19.
292. KINTSCH W. (1980), *Semantic Memory: A Tutorial*. In R.S. Nickerson (Ed): *Attention and Performance*, VIII, 595-620.
293. KIRKWOOD CK, HAYES PE (2005). *Anxiety disorders*. IN DiPiro JT, Talbert RL, Lee GC, Matzke GR, Wells BG, Posey LM (Ed). *Pharmacotherapy: A pathophysiologic approach*. Stamford, Appleton & Lange.
294. KLAUER KC, STERN E (1992). How attitudes guide memory-based judgments: A two-process model. *Journal of experimental social psychology*, 28, 186-206.
295. KLAUER KC, ROBNAGEL C, MUSCH G (1997). List-context effects in evaluative priming. *Journal of experimental psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 23, 1, 246-255.
296. KLEIN M.H., WONDERLICH S., SHEA M.T. (1993), *Personality and Depression a Current View: Models of Relationships between Personality and Depression: Toward a Framework for Theory and Research*, New York, Guilford Press.
297. KOHONEN T. (1984), *Self-Organization and Associative Memory*, Berlin, Springer-Verlag.
298. KOLB B, WISHAW I (1990). *Fundamentals of Human Neuropsychology*. New York, Freeman MH & Co.

299. KRETSCHMER E (1921). *Körperbau und Charakter: Untersuchungen zum Konstitutions-Problem und zur Lehre von den Temperamenten*. Berlin, Verlag von Julius Springer.
300. KROHNE HW (1992). *Developmental conditions of anxiety and coping: A two process model of child rearing effects*. In Hagtvet KA (Ed): *Advances in test anxiety research*. Lisse, Ewets & Zeitlinger.
301. KUZEL RJ (2005). Treating comorbide depression and anxiety. *J Fam Pract*, 43, 45-53.
302. LAIRD LK, BENEFIELD WH (1995). *Mood disorders I: Major depressive disorders*. In Young LY, Koda-Kimble MA (Eds): *Applied therapeutics: the clinical use of drugs*. Vancouver, Wash.
303. LANG PJ (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16, 495-512.
304. LASHLEY k. S. (1929), *Brain Mechanisms and Intelligence: A Quantitative Study of injuries to the Brain*, Chicago, University Press.
305. LATIMER P. R., SWEET A. A. (1984), Cognitive versus Behavioural Procedures in Cognitive-Behavioural Therapy: A Critical Review of the Evidences. *Journal of Behavioural Therapy and Experimental Psychiatry*, 15 (1), 9-22.
306. LAYDEN M. A., NEWMAN C. F. FREEMAN A. & BYERS MORSE S. (1993), *Cognitive Therapy of Borderline Personality Disorders*. Boston, Allyn and Bacon.
307. LAZARUS R (1966). *Psychological stress and the coping process*. London, Jossey Publications.
308. LAZARUS R (1975). A cognitively oriented psychologist looks at biofeedback. *Am. Psychol.*, 30, 5, 553-61.
309. LAZARUS R. (1984), "On the Primacy of Cognition". *American Psychologist*, 39, 124-129.
310. LAZARUS RS, FOLKMAN S (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York, Springer Publishing Company.
311. LAZARUS R (1991). *Emotion and adaptation*. New York, Oxford University Press.
312. LAZARUS RS (1991). Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion. *American Psychologist*, 46, 819-834.
313. LAZARUS R (2001). "*Relational meaning and discrete emotion*". In Scherer KR, Schorr A, Johnstone T (Eds): *Appraisal processes in emotion*. New York, Oxford University Press.
314. LECKMAN JF, WEISSMAN MM, MERIKANGAS KR, PAULS DL, PRUSOFF BA (1983). Panic disorder and major depression. Increased risk of depression, alcoholism, panic, and phobic disorders in families of depressed probands with panic disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, 40, 1055-60.

315. LeDOUX J (1987). *Emotion*. In Plum F (Ed): Handbook of physiology I: The nervous system. Bethesda, American Physiological Society.
316. LeDOUX J. E. (1989), Cognitive-Emotional Interactions in the Brain. *Cognition and Emotion*, 3, 267-289.
317. LEDOUX J. (1994a), "*Cognitive –EMOTIONAL Interactions in Brain*". In Ekman P. & Davidson R. (Eds): The nature of Emotion: Fundamental Questions. Oxford, Oxford University Press.
318. LEDOUX J. (1994b), "Emotions, Mémoire et Cerveau. Pour La Science, 202, 50-57.
319. LE PAPE A, LE COMTE T (1996). *Aspects socio-économiques de la dépression. Evolution 1980-81/1991-92*. Paris, CREDES.
320. LEVEN SJ (1992). *Abandon instruit, mémoire, et dynamique de l'espoir*. In Levine DS, Leven SJ (Eds) : Motivation, émotion vers le but dans les réseaux neurologiques. Hillsdale, Erlbaum.
321. LEVENSON r; (1994), "*Human Emotions: A Functional View*". In Ekman P. & Davidson R. (Eds): The nature of Emotion: Fundamental Questions. Oxford, Oxford University Press.
322. LEVENTHAL H (1980). *Toward a comprehensive theory of emotion*. In Berkowitz L (Ed): Advances in experimental social psychology. New York, Academic Press.
323. LEVENTHAL H (1984). *A perceptual-motor theory of emotion*. In Berkowitz L (Ed): Advances in experimental social psychology. New York, Academic Press.
324. LEVY R. (1984), "*The Emotions in Comparative Perspective*". In Approaches to Emotion. Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates.
325. LEWIS M. (1993), « *Self-Conscious Emotions: Embarrassment, Pride, Shame, and Guilt* ». In Handbook of Emotions. New York, Guilford Press.
326. LEWIW M. & SAAM C. (1987), « *Culture and Emotion* ». In the Socialization of Emotions. New York, Plenum Press.
327. LINDSAY P.H. & NORMAN D.A. (1980), *Traitement de l'Information et Comportement Humain, une introduction à la psychologie*. Montréal, Les Editions Etudes Vivantes.
328. LICKY ME, GORDON B (1983). *Drugs for mental illness: A revolution in psychiatry*. New York, Freeman WH & Company.
329. LINEHAN M. M. (1993), *Cognitive-Behavioural Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, Guilford.
330. LLOYD GG, LISHMAN WA (1975). Effects of depression on the speed of recall of pleasant and unpleasant experiences. *Psychological Medicine*, 5, 173-180.
331. LURIA AR (1968). *The mind of a mnemonist*. New York, Basic Books.

332. LUTZ C. (1986), « *The Domain of Emotion Words*. In *The social construction of emotions*. Oxford, Basil Blackwell.
333. LUTZ C. & WHITE G. M. (1986). "The Anthropology of Emotions". *Annual Review of Anthropology*, 15, 405-436.
334. MACLEAN P. (1980), *Sensory and Perspective Factors in Emotional Functions of the Triune Brain*". In *Explaining Emotions*. Berkeley, University of California Press.
335. MANDLER G. (1975). *Mind and emotion*. New York, Wiley.
336. MANDLER G (1985). *Cognitive psychology: An essay in cognitive science*. Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates.
337. MANDLER G. (1992), *Cognition and Emotion: Extensions and Clinical Applications*. In D. J. Stein & J. E. Young (Eds): *Cognitive Science and Clinical Disorders*. San Diego, New York, Boston, London, Sydney, Tokyo and Toronto, Academic Press, Inc.
338. MARENDAZ C, PEYRIN C, CHOKRON S, GUYADER N, GOUT O, MORET J (2006). Neural correlates of spatial frequency processing: A neuropsychological approach. *Brain Research*, 1, 10, 1073-1074.
339. MAHONEY MJ (1988). *The cognitive sciences and psychotherapy: Patterns in a developing relationship*. In Dobson KS (ED): *Handbook of cognitive-behavioural therapies*. New York, NY, Guildford Press.
340. MARKS I. & NESSE R. (1994), "Fear and Fitness: An Evolutionary Analysis of Anxiety Disorders. *Ethology and Sociology*, 15, 247-261.
341. MARKUS H. (1977), *Self-Schemata and Processing Information about the Self*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 63-78.
- of semantic priming. *Journal of Experimental Psychology: Learning, memory, and cognition*, 21, 3-23.
342. MASSON MEJ (1995). A distributed model
343. MASTERSON J. (1972), *Treatment of the Borderline Adolescent*. New York, Wiley and Sons.
344. MASTERSON J. (1976), *Psychotherapy of Borderline Adult*. New York, Brunner/Mazel.
345. MATHEWS G (1994). Connectionist approaches to explaining attentional bias in affective disorders. In Seigle G & Ingram R (Chair), *Connectionist models of negative affect*, panel discussion conducted at the meeting of the association for the advancement of behaviour therapy.
346. MATHEWS G, HARLEY TA (1996). Connectionist models of emotional distress and attentional bias. *Cognition and Emotion*, 10, 561-600.
347. MATHEWS A, MacLEOD C (1986). Discrimination of threat cues without awareness in anxiety states. *Journal of Abnormal Psycho.* , 95, 131-138.

348. MATHEWS A. & MACLEOD C. (1987), An Information-Processing Approach to Anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 105-115.
349. MATHEWS A., MACLEOD C., EYSENCK M. W. (1989), Interpretation of Homophones Related to Threat in Anxiety States. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 31-34.
350. MATHEWS A, MOGG K, MAY J, EYSENCK MW (1989). Implicit and explicit memory biases in anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 236-240.
351. MAULTSBY MC (1984). *Rational behaviour therapy*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall.
352. MAULTSBY MC & WIRGA M (1998). *Behaviour therapy*. Washington, DC, Academic Press.
353. McCLELLAND J. L. (1981), *Retrieving General and Specific Knowledge from stored Knowledge of specifics. Proceedings of the third Annual Conference of the Cognitive Science Society*, California, Berkeley.
354. McCLELLAND JL, HINTON GE (1986). *The appeal of parallel distributed processing*. In Rumelhart DE & McClelland JL (Eds): *Parallel distributed processing: Explorations in the microstructure of cognition*. Cambridge, MIT Press.
355. McCLELLAND JL, McNAUGHTON BL, O'REILLY RC (1995). Why there are complementary learning systems in the hippocampus and neocortex: Insights from the successes and failures of connectionist models of learning and memory. *Psychological Review*, 102, 419-437.
356. McCLELLAND JL, ROGERS TT (2003). The parallel distributed approach to semantic cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, 4, 1-14.
357. McINTOSH CN & FISCHER DG (2000). Beck's cognitive triad: One versus three factors. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 32, 153-157.
358. McLEOD C, MATHEWS A & TATA P (1986). Attentional bias in emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 1, 15-20.
359. McLEOD C (1987). *Cognitive psychology and cognitive therapy*. In Dent H (Ed): *Clinical psychology: Research and developments*. London (England), Croom Helm.
360. McNALLY RJ (1994). Cognitive bias in panic disorders, *Current directions in Psychological Science*, 3, 129-132.
361. MEICHENBAUM D. (1977), *Cognitive Behaviour Modification*. New York, Plenum Press.
362. MEICHENBAUM D. & GILMORE J. B. (1984). *The Nature of Unconscious Process: A Cognitive-Behavioural Perspective*. In K. S. Bowers & D. Meichenbaum (Eds): *The Unconscious Reconsidered*. New York, Wiley and Sons.

363. METALSKY GI, HALBERSTADT LJ & ABRAMSON LY (1987). Vulnerability to depressive mood reactions: Toward a more powerful test of the diathesis-stress and causal mediation components of the reformulated theory of depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 386-393.
364. MEYER D. E. & SCHVANEVELTZ L. W. (1971), Facilitation in Recognizing Pairs of Words: Evidence of Dependence between Retrieval Operations. *Journal of Experimental Psychology*, 90, 227-234.
365. MEYER GJ & SHACK JR (1989). Structural convergence of mood and personality: Evidence for old and new directions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 691-706.
366. MILLER G.A., GALANTER E. & PRIBRAM K. (1960), *Plans and the Structure of Behaviour*, New York, Holt, Rhinehart & Winston.
367. MINSKY M, PAPERT S (1969). *Perception*. Cambridge, MIT Press.
368. MINSKY M. L. (1985). *The Society of Mind*, London, Heinemann.
369. MIRANDA J & PERSONS JB (1988). Dysfunctional attitudes are mood-state dependent. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 76-79.
370. MIRANDA J, PERSONS JB & BYERS CN (1990). Endorsement of dysfunctional beliefs depends on current mood state. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 237-241.
371. MOGG K., MATHEWS K., EYSENCKM. (1992), Attentional Bias to Threat in Clinical Anxiety States. *Cognitions and Emotions*, 6, 149-159.
372. MOGG K, MATHEWS A, WEINMAN J (1987). Memory bias in clinical anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 94-98.
373. MOORE RG, WATTS FN, WILLIAMS JM (1988). The specificity of personal memories in depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 275-276.
374. MOWRER OH (1960). *Learning theory of behaviour*. New York, Wiley.
375. MUNRO PW (1986). *State-dependent factors influencing neural plasticity: A partial account of the critical period*. In McClelland JL & Rumelhart DE (Eds): *Parallel distributed processing: Explorations in the microstructure of cognition*. Cambridge, MIT Press.
376. MURAN JC (1991). A reformulation of the ABC model in cognitive psychotherapies: Implications for assessment and treatment. *Clinical psychology review*, 11, 399-418.
377. MUSCH J, KLAUER KC (2000). *The psychology of evaluation: Affective processes in cognition and emotion*. Mahwah, Lawrence Erlbaum.
378. NEELY JH (1977). Semantic priming and retrieval from lexical memory: Role of inhibitionless spreading activation and limited-

- capacity attention. *Journal of Experimental Psychology: General*, 106, 226-254.
379. NEELY JH (1991). *Semantic priming effects in visual word recognition: A selective review of current findings and theories*. In Besner D & Humphreys G (Eds): *Basic processes in reading: Visual word recognition*. Hillsdale, NY, Lawrence Erlbaum.
380. NEISSER U. (1967), *Cognitive Psychology*, New York, Appleton-Century-Crofts.
381. NEISSER U. (1976), *Cognition and Reality*. San Francisco, Freeman & Company.
382. NESSE R. (1990), "Evolutionary Explanations of Emotions". *Human Nature*, 1, 3, 261-289.
383. NEVES DM, ANDERSON JR (1981). *Knowledge compilation: Mechanisms for the automatization of cognitive skills*. In Anderson JR (Ed): *Cognitive skills and their acquisition*. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates.
384. NEWELL A. & SIMON H. A. (1972), *Human Problem Solving*, Englewood Cliffs, N. J., Prentice-Hall.
385. NIEDENTHAL PM, SETTERLUND MB (1994). Emotion congruence. *Perception, Personality and Social Psychology Bulletin*, 20, 4, 401-411.
386. NIEDENTHAL PM, KRAUTH-GRUBER S, RIC F(2003). *A role for emotion in lexical access*. In Bonin P (Ed): *Mental Lexicon*. Hauppauge (NY), Nova Science Publisher.
387. NISENSEN LG, PEPPER CM, SCHWENK TL, COYNE JC (2005). The nature and prevalence of anxiety disorders in primary care. *Gen. Hosp. Psychiatry*, 20, 21-28.
388. NOLEN-HOEKSEMA S (1990). *Sex differences in depression*. Stanford, CA, Stanford University Press.
389. NUTT DJ (1990). The pharmacology of human anxiety. *Pharmacology therapy*, 47, 233-266.
390. OAKSFORD M, MORRIS F, GRAINGER B, WILLIAMS JMG (1996). Mood, reasoning, and central executive processes. *Journal of Experimental Psychology*, 22, 2, 476-492.
391. OATLEY K. & JOHNSON-LAIRD (1987), "Toward a Cognitive Theory of Emotions". *Cognition and Emotion*, 1, 1, 29-50.
392. OATLEY K. (1993), "*Social Construction of Emotions*". In *Handbook of Emotions*. New York, Guilford Press.
293. ÖHMAN A. (1986), "Face the Beast and Fear the face: Animal and Social Fears as Prototypes for Evolutionary Analyses of Emotion". *Psychophysiology*, 23, 2, 123-145.

394. PACE T. M. (1988), Schema Theory: A Framework for Research and Clinical in Psychotherapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 2, 147-164.
395. PACHERIE E (1995). Le fonctionnalisme: Etat des lieux. *Intellectica*, 21, 9-37.
396. PANNÉREC T (2002). *An example of integrating knowledge-based and search-based approaches to solve optimisation problems*. Lyon, 1st European Starting Artificial Intelligence Researchers Symposium (Stairs 02).
397. PANNÉREC T (2002). *Coordinating agent movements in a semi-concurrent turn-based game of strategy*. Harrow, 3rd International conference on intelligent games and simulation (GameOn 02).
398. PANKSEEP J. (1989). "Les Circuits des Emotions". *Science et Vie*, 168, 58-67.
399. PANKSEEP J. (1992). « A Critical Role for Affective Neuroscience ». In what is basic about basic emotions". *Psychological Review*, 99, 3, 554-560.
400. PAPER T S. (1982). *Structure et intelligence*. In *Fondation Archives Jean Piaget (Ed.): Structure and Cognitive Processes (Cahiers de la Fondation, 3, 173-186)*. Genève, Fondation Archives Jean Piaget.
401. PAPER T S. (1990). *Préface*. In J. Piaget Ed): *Morphismes et Catégories*. Neuchâtel, Paris, Delachaux & Niestlé.
402. PARKER G, HADZI-PAVLOVIC D, GREEWALD S, WEISSMAN M (1995). Low parental care as a risk factor to lifetime depression in a community sample. *Journal Affect Disorder*, 33, 173-180.
403. PEIRCE C. S. (1984), *Collected Papers*. Harvard, Harvard University Press. Trad. Française: Paris, Aubier.
404. PELISSIER A., TETE A (1995). *Sciences Cognitives: textes fondateurs (1943-1950) : Wiener, Rosenblueth, Bigelow, McCulloch, Pitts, Von Neumann, Hebb, Weaver, Shannon, Turing*. Paris, Presse Universitaire de France.
405. PERSL F. S., HEFFERLINE R. F., GOODMAN P. (1969), *Psychotherapy and Counselling*. New York, Rand McNally.
406. PETERSON S. A. & SIMON T. J. (2000), Computational Evidence for the Subitizing Phenomenon as an emergent Property of the Human Cognitive Architecture. *Cognitive Science*, 24 (1), 93-122.
407. PIAGET J. (1936), *La naissance de l'Intelligence chez l'Enfant*, Neuchâtel, Delachaux & Niestlé
408. PIAGET J. (1964), *Six Etudes de Psychologie*. Coll. Bibliothèque Méditations, Genève, Gonthier.
409. PIAGET J. (1965), *La Psychologie de l'Intelligence*. Paris, Armand Collin.

410. PIAGET J. (1975), *L'Équilibration des Structures Cognitives: Problème Central du Développement*, Paris, Presse Universitaire de France.
411. PILKONIS P. (1988), Personality Prototypes among Depressives: Theme of Dependency and Autonomy. *Journal of Personality Disorders*, 2, 144-152.
412. PINOL-DOURIEZ M., ORSINI-BOUICHOU F., PAOUR J.-L. (1993), De la Psychopathologie de la Pensée à l'Invention d'une Méthode « Fonctionnaliste » pour l'Étude du Développement Cognitif. *Archives de Psychologie*, 61, 221-228.
413. PHAF RH, VAN DER HEIJDEN AHC & HUDSON PTW (1990). SLAM: Connectionist model for attention in visual selection tasks. *Cognitive Psychology*, 22, 273-341.
414. PHILIPPOT P, DOUILLIEZ C, BAEYENS C, FRANCAERT B, NEF F (2002). *Le travail des émotions en thérapie comportementale et cognitive vers une psychothérapie expérimentale*. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, Louvain-La-Neuve, De Boeck Université.
415. PLAUT DC, BOOTH JR (2000). Individual and developmental differences in semantic priming: Empirical and computational support for a single-mechanism account of lexical processing. *Psychological Review*, 107, 786-823.
416. PLUTCHIK R. (1980), *Emotion, a Psycho evolutionary Synthesis*, New York, Harper & Row.
417. PLUTCHIK R. (1983), *Emotion: Theory, Research, and Experience*, New York, Academic Press.
418. PLUTCHIK R. (1984), *Emotion: A General Psycho evolutionary Theory*. In Sheerer K. R. & Ekman P. (Eds): *Approaches of Emotion*, Hillsdale, LEA.
419. PLUTCHIK R. (1980, 1983, 1986), *Emotion in Early Development*, (3 vols.), New York, Academic Press.
420. POWELL M & HELMSLEY DR (1984). Depression: A breakdown of perceptual defense? *British Journal of Psychiatry*, 145, 358-362.
421. POWER MJ & CHAMPION LA (1986). Cognitive approaches to depression: A theoretical critique. *British Journal of Clinical Psychology*, 25, 201-212.
422. POWER MJ, DUGGAN CF, LEE AS & MURRAY RM (1995). Dysfunctional attitudes in depressed and recovered depressed patients and their first-degree relatives. *Psychological Medicine*, 25, 87-93.
423. POWER MJ, KARTZ R, MCGUFFIN P, LAM D & BECK AT (1994). The dysfunctional attitude scale (DAS): A comparison of forms A and B and proposals for a new subscaled version. *Journal of research in personality*, 28, 263-276.

424. PUTNAM H. (1975), *Philosophical Papers*, vol. 1, New York, Cambridge University Press.
425. PYLYSHYN Z. W. (1984), *Computation and Cognition: Toward a Foundation of Cognitive Science*, Cambridge, Mass., Bradford Books, MIT Press.
426. RACHMAN S. (1991), Neo-Conditioning and the Classical Theory of Fear Acquisition. *Clinical Psychology Review*, 11, 155-173.
427. RAMSCAR M. & YARLETT D. (2003), Semantic Grounding in Models of Analogy: an Environmental Approach. *Cognitive Science*, 27 (1), 41-71.
428. RAPEE R. M. (1991), The Conceptual Overlap Between Cognition and Conditioning in Clinical Psychology. *Clinical Psychology Review*, 11, 193-203.
429. RICHARDS A & WHITAKER TM (1990). Effects of anxiety and mood manipulation in autobiographical memory. *British Journal of Clinical psychology*, 29, 145-154.
430. RISKIND JH (1989). The mediating mechanisms in mood and memory: A cognitive-priming formulation. In Kuiken D (Ed): *Mood and memory: Theory, research and application*. Special issue of *Journal of Social Behaviour and Personality*, 4, 39-43.
431. ROBINS CJ & HAYES AM (1993). An appraisal of cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 205-214.
432. ROGERS TB, KUIPER N, KIRKER W (1977). Self-reference and the encoding of personal information. *Journal of personality and social psychology*, 35, 677-688.
433. RORTY A. (1980), "*Introduction*". In *Explaining Emotions*. Berkeley, University of California Press.
434. ROSEMAN I (1979). *Cognitive aspects of emotion and emotional behaviour*. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association. New York.
435. ROSENBLAT F. (1962). *Principles of Neurodynamics*, New York, Spartan.
436. ROUSSY A. (1990), Les Cognitions et le Conditionnement dans l'Explication du Comportement. *Science et Comportement*, 20, 149-160.
437. RUESCH J. & BATESON G. (1968), *Communication: The Social Matrix of Psychiatry*, New York, Norton.
438. RUIZ-CABALLERO JA, GONZALEZ P (1994). Implicit and explicit memory bias in depressed and non-depressed subjects. *Cognition and Emotion*, 8, 6, 555-569.
439. RUMELHART DE, HINTON GE & McCLELLAND JL (1986). *A general framework for parallel distributed processing*. In Rumelhart DE, McClelland JL, and the PDP research group (Eds): *Parallel*

- distributed processing: Exploration in the microstructure of cognition. Cambridge, MA, MIT Press.
440. RUMELHART D.E., HINTON G.E. & WILLIAMS R.J. (1986), Learning Representations by Back-Propagating errors. *Nature*, 323, 533-536.
441. RUSINEK S. (1999), ETUDES des Schémas Précoces chez des Adultes et des Enfants Anxieux. *Revue Française de Clinique Comportementale et Cognitive*, 3, 4, 14-25.
442. RYLE G. (1975), *Le Concept d'Espoir*, Paris, Payot.
443. RYLE G. (1979), *On Thinking*, Oxford, Blackwell.
444. SAFRAN JD, GREENBERG LS (1982). Eliciting "hot cognitions" in cognitive-behaviour therapy: Rational and procedural guidelines. *Canadian Psychology*, 23, 83-87.
445. SAFRAN JD, GREENBERG LS (1986). *Hot cognition and psychotherapy process: An information processing/ecological approach*. In *advances in cognitive-behavioural research and therapy*. Kendall PC (Ed). New York, Academic Press.
446. SAFRAN JD, GREENBERG LS (1988). Feeling, thinking and acting: A cognitive framework for psychotherapy integration. *Journal of cognitive psychotherapy: An internal Quarterly*, 2, 109-131.
447. SAFRAN J. D. & SEGAL Z. V. (1990), *Interpersonal Process in Cognitive Therapy*. New York, Basic Books.
448. SAFRAN J.D., SEGAL Z. V., HILL C., WHIFFEN V. (1990), Refining Strategies for Research on Self-Representations in Emotional Disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 143-160.
449. SAISTO T, SALMELA-ARO K, NURMI J-E, KONONEN T & HALMESMAKI E (2001). A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. *Obstet. Gynecol.*, 98, 5, 820-826.
450. SALOVEY P (1992). Mood-induced self-focused attention. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 699-707.
451. SATO T & McCANN D (2000). Sociotropy-autonomy and the Beck depression inventory. *European Journal of Psychological Assessment*, 16, 66-76.
452. SCHACTER S (1962). *The interaction of cognitive and physiological determinants of emotional states*. In Leiderman PH & Shapiro D (Eds): *Psychological approaches to social behaviour*. Stanford, Stanford University Press.
453. SCHACTER S., SINGER J. E. (1962), Cognitive, Social and Physiological Determinants of Emotional State. *Psychological Review*, 69, 379-399.
454. SCHACTER D. L. (1989). *Memory*. In M. I. Posner (Ed.): *The Foundations of Cognitive Science*, Cambridge, M. I. T. Press.

455. SCHACTER D. L. (1992), Implicit Knowledge: New Perspectives on Unconscious Processes. *Proceedings of the National Academy of Science*, 89, 11113-11117.
456. SCHANK R.C. & ABELSON R. (1977), *Scripts, Plans, Goals and Understanding*, Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates Inc.
457. SCHANK R.C. (1982), *Dynamic Memory*, New York, Cambridge University Press.
458. SCHERER K (1984). *On the nature and function of emotion: A component process approach*. In Scherer KR & Ekman P (Eds): *Approaches to emotion*. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates.
459. SCHERER K (1989). *Handbook of social psychophysiology*. New York, Wiley & Sons.
460. SCHERER K. (1993), "Neuroscience Projections to Current Debates in Emotion Psychology. *Cognition and Emotion*, 7, 1, 1-41.
461. SCHMIDT N. B., JOINER T. E., YOUNG J. E. & TELCH M. J. (1995). The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive therapy and research*, 19, 3, 295-321.
462. SCHNEIDER W. & DETWEILER M. (1988), *A Connectionist Control Architecture for Working Memory*. In Bower G. H. (Ed): *The Psychology of Learning and Motivation*, 21, 54-119. New York, Academic Press.
463. SCRIMALI T (2002). *Proceeding of the international congress of Cognitive psychotherapy: Cognitive psychotherapy toward a new millennium*. New York, Kluwer Academic/Plenum.
464. SEARLE J. (1995). *The social construction of Reality*. New York, Free Press.
465. SEDIKIDES C (1995). Central and peripheral self-conceptions are differentially influenced by mood: Tests of the differential sensitivity hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 4, 759-777.
466. SEGAL Z. (1988), Appraisal of Self-schema: Construct in Cognitive Model of Depression. *Psychological Bulletin*, 103, 147-162.
467. SEGAL ZV, SHAW BF, VELLA DD & KATZ R (1992). Cognitive and life stress predictors of relapse in remitted unipolar depressed patients: Test of the congruency hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 26-36.
468. SEGAL G (1996). *The modularity of theory of mind*. In Carruthers P & Smith PK (Eds): *Theories of theories of mind*. Cambridge, Cambridge University Press.
469. SEIBER P, ELLIS HC (1991). Irrelevant thoughts, emotional mood states, and cognitive task performance. *Memory and Cognition*, 19, 507-713.

470. SEIGLE GJ (1994). The balanced affective word list creation program. Available on the word Wide Web at www.sci.sdsu.edu/CAL/wordlist.html.
471. SEIGLE GJ, INGRAM RE & MATT GE (1995). *A neural network model of information processing biases in depression. Presentation at the workshop neural modelling of cognitive and brain disorders.* Maryland, College Park.
472. SEIGLE GJ (1996). *Rumination on affect: Cause for negative attention biases in depression?* Master's Thesis, San Diego State University.
473. SEIGLE GJ, GUARINO J, INGRAM RE & KENDALL PC (1996a). Psychometric properties of the positive automatic thoughts questionnaire. *Psychological assessment*, 7, 495-507.
474. SEIGLE GJ (1996b). *A neural network model of attention biases in depression.* In Reggia J & Ruppin E (Eds). San Diego, San Diego State University/University of California.
475. SEIVER L. J. & DAVIS K. L. (1991). A Psychobiological Perspective on the Personality Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1647-1658.
476. SEWITCH T. S. & KIRSCH I. (1984). The Cognitive Content of Anxiety: Naturalistic Evidences for the Predominance of Threat-Related Thoughts. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 49-58.
477. SHALLICE T (1988). *From neuropsychology to mental structure.* Cambridge, Cambridge University Press.
478. SHUSTACK B. & WESTM. (1985), Chronic Depression Reconsidered: Maladaptive Competence as an Explanatory Concept. *Clinical Psychology Review*, 5, 569-579.
479. SILVERMAN JS, SILVERMAN JA & EARDLEY DA (1984). Do maladaptive attitudes cause depression? *Archives of General Psychiatry*, 41, 28-30.
480. SIMONS AD, GARFIELD SL & MURPHY GE (1984). The process of change in cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Archives of General Psychiatry*, 41, 45-51.
481. SINGER J. A. & SALOVEY P. (1988), Mood and Memory: Evaluating the Network Theory of Affect. *Clinical Psychology Review*, 6, 211-251.
482. SMITH E.E. (1989), *Concepts and Induction.* In M. I. Posner (Ed.): *The Foundations of Cognitive Science*, Cambridge, M. I. T. Press.
483. SMITH N. B., THOMAS E., JOINER J., YOUNG J. E., MICHAEL J. T. (1995). The Schema Questionnaire: Investigation of Psychometric Properties and the Hierarchical Structure of a Measure of Maladaptive Schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 3, 295-321.

484. SMOLENSKY P. (1987), Connectionist AI, Symbolic AI, and the Brain. *Artificial Intelligence Review*, 1, 95-109.
485. SMUCKER MR & DANCU CV (1999). *Cognitive behavioural treatment for adult survivors of childhood trauma: Imagery rescripting and processing*. Northvale NJ, Aronson.
486. SOLOMON R. (1984), "*Getting Angry: The Jamesian Theory of Emotion in Anthropology*". In *culture theory: Essays on mind, self and emotion*. Cambridge, Cambridge University Press.
487. SOLOMON R. (1993). "*The Philosophy of Emotions*". In *Handbook of Emotions*. New York, Guilford Press.
488. SPITZER H, DESIMONE RJ & MORAN J (1988). Increased attention enhances both behavioural and neural performance. *Science*, 40, 338-340.
489. STEARNS P. (1993), *History of Emotions: The Issue of change*". In *Handbook of Emotions*. New York, Guilford Press.
490. STEIN D. J. & YOUNG J. E. (1992), *Cognitive Science and Clinical Disorders*. San Diego, New York, Boston, London, Sydney, Tokyo and Toronto, Academic Press, Inc.
491. STEINHAUER PD (1996). *Le moindre mal*. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.
492. STEINHAUER PD (1998). *Developing resiliency in children from disadvantaged populations*. In *Canada Health Action: Building on the legacy (National Forum on Health), Determinants of Health: Children and Youth*. Quebec, Multimondes.
493. SUMMERFELDT LJ & ENDLER NS (1998). Examining the evidence for anxiety-related cognitive biases in obsessive compulsive disorder. *Journal of anxiety disorders*, 12, 579-598.
494. SWENDSEN J. & BOURGEOIS M. (1999), *Les Observations des Cas Cliniques*. L'Encéphale, 25, 16-20.
495. TEASDALE JD & FOGARTY SJ (1979). Autobiographical memory in depression: State or trait marker? *British Journal of Psychiatry*, 162, 118-121.
496. TEASDALE JD & FOGARTY SJ (1979). Differential effects of induced mood on retrieval of pleasant and unpleasant events from episodic memory. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 248-257.
497. TEASDALE JD (1983). Affect and accessibility. *Philosophical Transactions of the Royal Society*, 302, 403-412.
498. TEASDALE JD (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition and Emotion*, 2, 247-274.
499. TEASDALE J. D. (1993), *Emotion and two Kinds of Meaning: Cognitive Therapy and Applied Cognitive Science*. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 339-354.
500. TEASDALE JD & BARNARD PJ (1993). *Affect, Cognition and Change*. Hove, Erlbaum.

501. TEASDALE JD (1999). *Multi-level theories of cognition-emotion relations*. In Dalgleish T & Power MJ (Eds): Handbook of cognition and emotion. Chichester, England, Wiley & Sons.
502. TELLEGEN A (1985). *Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report*. In Tuma AH & Maser JD (Eds): Anxiety and the anxiety disorders. Hillsdale (NJ), Erlbaum.
503. TERRY A (1983). *The CRYNALIS project: Hierarchical control of production systems*. Stanford (CA), Stanford University.
504. THASE ME & HOWLAND RH (1994). Refractory depression: Relevance of psychosocial factors and therapies. *Psychiatric Annals*, 24, 232-240.
505. THORNDYKE P. W. & HAYES-ROTH B. (1979). The Use of Schemata in Acquisition and Transference of Knowledge. *Cognitive Psychology*, 11, 82-106.
506. TIJUS C. (2001), *Introduction à la Psychologie Cognitive. Comment la pensée et l'intelligence se construisent en interaction avec le monde*. Paris, Nathan.
507. TIPPER SP (2001). Does negative priming reflect inhibitory mechanism? A review and integration of conflicting views. *Quarterly Journal of Experimental Psychology, A*, 54, 321-343.
508. TOBIAS BA, KIHLSSTROM JF & SCHACTER DL (1992). *Emotion and implicit memory*. In Christianson SA (Ed): The handbook of emotion and memory: Research and theory. Hillsdale (NJ), Erlbaum.
509. TOMARKEN AJ, MINEKA S & COOK M (1989). Fear-Relevant selective associations and co variation bias. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 381-394.
510. TOOBY J. & COSMIDES L. (1990a). "The Past Explains the Present: Emotional Adaptations and the Structure of Ancestral Environments". *Ethology and Socio-biology*, 11, 375-424.
511. TRASK PC & SIGMON S (1999). Ruminating and distracting: The effects of sequential tasks on depressed mood. *Cognitive Therapy and research*, 23, 3, 231-246.
512. TRYON W. W. (1993a), Neural Networks: Theoretical Unification through Connectionism. *Clinical Psychology Review*, 13, 341-352.
513. TRYON W. W. (1993b), Neural Networks: Unified Learning Theory and Behavioural Psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 13, 353-371.
514. TRYON WW (1994). Encoding emotion into a bidirectional associative memory. In Seigle G and Ingram R (Chair), Connectionist models of negative affect. Panel discussion conducted at the meeting of the association for the advancement of behaviour therapy.
515. TRYON WW (1997). *Introduction to the bidirectional associative memory model: Implications for psychopathology, treatment, and*

- research*. In Matthews B (Ed): Cognitive science perspectives on personality and emotion. Amsterdam, Elsevier.
516. TRYON WW (1997). *Motor activity and DSM-IV*. In Turner S & Hersen M (Eds): Adult psychopathology and diagnosis. New York, Wiley.
517. TURING A. M. (1936; 1950), *La Machine de Turin* ; [présenté par] Jean-Yves Girard ; trad. De l'anglais par Julien Basch et Patrice Blanchard (1999). Paris, Seuil.
518. TURING A. M. (1983), *Les Ordinateurs et l'Intelligence, Pensée et Machine*, Champ-Vallon, Coll. Milieux.
519. TURK D. C. & SPEERS M. A. (1985), *Cognitive Schemata and Cognitive Process in Cognitive-Behavioural Interventions: Beyond the Information Given*. In P; Kendall (Ed): Advances in Cognitive-Behavioural Research and Therapy. New York, Academic Press.
520. TYLEE A, GASTPAR M, LEPINE JP, MENDLEWICZ J (1999). Depression II (depression research in European Society II): A patient survey of the symptoms, disability and current management of depression in the community. *International Clinical Psychopharmacology*, 14, 139-151.
521. VAILLANT GE (1971). Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanism: A 30-year follow-up of 30 men selected for psychological health. *Archives of General Psychiatry*, 24, 2, 107-118.
522. VANLEHN K. (1989), *Problem Solving and Cognitive Skill Acquisition*. In M. I. Posner (Ed.): The Foundations of Cognitive Science, Cambridge, M. I. T. Press.
523. WALLON W. (1942), *De l'Acte de la Pensée*, Paris, Flammarion.
524. WARREN SL, HUSTON L, EGELAND B, SROUFE LA (1997). Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *J. Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry*, 36, 637-644.
525. WATTS FN & SHARROCK R (1985). Relationships between spider constructs in phobics. *British Journal of Medical Psychology*, 58, 149-153.
526. WATTS FN (1986). Cognitive processing in phobias. *Behavioural psychotherapy*, 14, 295-301.
527. WEINGARTNER H, STILLMAN RC & GILLIN JC (1975). State-dependent accessibility of retrieval cues in the retention of a categorized list. *Journal of verbal learning and verbal behaviour*, 14, 408-417.
528. WELLMAN H., HARIS P., BANERJEE M. & SINCLAIR A. (1995). "Early Understanding of Emotion: Evidence from Nature Language". *Cognition and Emotion*, 9, 2/3, 117-149.
529. WENTURA D (2000). Dissociative affective and associative priming effects in the lexical decision task: Yes versus no responses to word targets reveal evaluative judgment tendencies. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 26, 2, 456-469.

530. WENTURA D & ROTHERMUND K (2003). *The meddling-in of affective information: A general model of automatic evaluation effects*. In Musch J & Klauer KC (Eds): *The psychology of evaluation: Affective process in cognition and emotion*. Mahwah, NJ, Erlbaum.
531. WESSLER RL (1984). *Alternative conceptions of rational-emotive therapy: Toward a philosophically neutral psychotherapy*. In Reda MA & Mahoney MJ (Eds): *Cognitive psychotherapies: Recent developments in theory, research, and practice*. Cambridge, MA, Balinger.
532. WHEELER MA, STUSS DAT & TULVING E (1997). Toward a theory of episodic memory: The frontal lobes and autonoetic consciousness. *Psychological Bulletin*, 121, 331-354.
533. WHITE G. (1993), "*Emotions inside out: The Anthropology of Affect*". In *Handbook of Emotions*. New York, Guilford Press.
534. WILLIAMS D. B., NISSEN M. J., BULLEMER P. (1989), On the Development of Procedural Knowledge. *Journal of Experimental Psychology*, 15, 1047-1060.
535. WILLIAMS JMG & SCOTT J (1988). Autobiographical memory in depression. *Psychological Medicine*, 18, 689-695.
536. WILLIAMS JMG, WATTS FN, MACLEOD C, MATHEWS A (1988/1997). *Cognitive Psychology and Emotional Disorders*. Chichester, Wiley and Sons.
537. WILLIAMS JMG, HEALY D, TEASDALE JD, WHITE W & PAYKEL ES (1990). Dysfunctional attitudes and vulnerability to persistent depression. *Psychological Medicine*, 20, 375-381.
538. WILLIAMS J. M. G. & OAKSFORD M. R. (1992), *Cognitive Science, Anxiety, and Depression: From Experiments to Connectionism*. In D. J. Stein & J. E. Young (Eds): *Cognitive Science and Clinical Disorders*. San Diego, New York, Boston, London, Sydney, Tokyo and Toronto, Academic Press, Inc.
539. WITTCHEN H-U, ZHAO S, KESSLER RC & EATON WW (1994). DSM-III-R generalized anxiety disorder in the national comorbidity survey. *Arch. Gen. Psychiatry*, 51, 355-364.
540. WILLIAMS JMG (1996). *Depression and the specificity of autobiographical memory*. In Rubin D (Ed): *Remembering our past: Studies in autobiographical memory*. Cambridge, Cambridge University Press.
541. WITTGENSTEIN L. (1953), *Philosophical Investigations*, Oxford, Blackwell. Trad. Franç. Klossowski P. (1961), *Investigations Philosophiques*, Paris Gallimard.
542. WITTGENSTEIN L. (1976), *De la Certitude*, trad. Franç., Jacques Fauve, Paris, Gallimard.
543. WOLPE J. (1975), *Pratique de la Thérapie Comportementale*, traduit par Rognant D. J. Paris, Masson.

544. WOLTZ D.J. (1988), An Investigation of the Role of Working Memory in Procedural Skill acquisition. *Journal of Experimental Psychology*, 131, 319-331.
545. YATES J & NASBY W (1993). Dissociation, affect, and network models of memory: an integrative proposal. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 305-326.
546. YOUNG J. E. (1983), *Borderline Personality: Cognitive theory and Treatment*. American Psychological Association, Anaheim, CA.
547. YOUNG J. E. (1984), *Cognitive Therapy with Difficult Patients*. Association for Advancement of Behaviour Therapy, Philadelphia, PA.
548. YOUNG J.E. & SWIFT W. (1988), Schema-focused cognitive therapy for personality disorders: Part I. *International Cognitive Therapy Newsletter*, 4, 5, 13-14;
549. YOUNG J. E. (1990), *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach*. Sarasota (Florida), Professional Resource Exchange.
550. YOUNG J. E. (1992), *Cognitive Therapy for Personality Disorder*. New England Educational Institute, Pittsfield, MA.
551. YOUNG J.E., BECK A. T., & WEINBERGER A. (1993). *Depression*. In Barlow D. H. (Ed), *Clinical handbook of psychological disorders*. New York, Guilford.
552. YOUNG J. E. & KLOSKO J.S. (1995), *Je Réinvente ma Vie*, trad. Franç. Marie Perron, Montréal, Les Editions de l'Homme.
553. YOUNG J.E. & GLUHOSKI V. L. (1996). *Schema-focused diagnosis for personality disorders*. In Kaslow F. W. (Ed.), *Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns*. New York, Wiley
554. YOUNG J. E. & GLUHOSKI V. L. (1997). *A schema-focused perspective on satisfaction in close relationships*. In Sternberg R. J. & Hojjat M. (Eds): *Satisfaction in close relationships*. New York, Guilford.
555. YOUNG J. E. & FLANAGAN C. (1998). *Schema-focused therapy for narcissistic patients*. In Ronningstam E. (Ed), *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical, and empirical implications*. Washington, D. C.
556. YOUNG J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, Florida.
557. YOUNG J. E., BECK A. T. & WEINBERGER A. (2001). *Depression*. In Barlow F. W. (Ed), *clinical handbook of psychological disorders*. New York, Guilford.
558. YOUNG J. E., KLOSKO J. S. & WEISHAAR M. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York, Guilford.
559. YOUNG J. E., KLOSKO J. S., WEISHAAR M. E. (2005), *La thérapie des schemas. Approche cognitive des troubles de la personnalité*. Bruxelles, De Boeck.

560. Riso L. P., Stein D. J., Young J. E. (2007), *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner's guide*. Washington, American Psychological Association.
561. ZAJONC R. (1984), « On the Primacy of Affect ». *American Psychologist*, 39, 117-123.