

Les thérapies comportementales et cognitives sont des thérapies brèves qui appliquent les principes de la psychologie scientifique à la résolution des problèmes psychopathologiques. Elles reposent sur des principes issus des théories de l'apprentissage, de la psychologie cognitive et des neurosciences. Les modalités d'interventions couvrent l'ensemble des troubles psychopathologiques. Les thérapies comportementales et cognitives sont actuellement les thérapies non médicamenteuses les mieux établies dans ce domaine, malgré leurs limitations, selon les critères de la médecine factuelle.

Les thérapies comportementales et cognitives¹

Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) représentent l'application de principes issus de la psychologie scientifique à la pratique clinique de la psychothérapie. Elles se sont développées progressivement en France depuis les années 1970², mais les

1. **Avertissement de la rédaction.** L'apport des TCC est important pour tout clinicien. Malgré sa relative « ancienneté », les concepts développés dans cet article nous sont peu familiers. Les relecteurs de cet article ont dit leur intérêt, mais aussi leurs difficultés à comprendre, parce qu'il s'agissait d'un domaine nouveau pour eux, avec des « mots » et des « concepts » qui leur étaient étrangers, comme ceux de *modèle bio-psycho-social*, de *neurocorticisme*, de *biologie des émotions*, de *cognition*, etc. Dans l'ensemble, reconnaissons que nous sommes « incultes » et qu'il nous faut faire à partir d'aujourd'hui l'effort d'entrer dans une discipline thérapeutique « nouvelle ». Il faudra y revenir plus longuement, en particulier sous forme de vignettes cliniques éclairant ces premières données théoriques et apportant des définitions « de base » sur les théories et la psychologie cognitives.

Ce texte de Jean Cottraux reprend largement les conclusions du rapport INSERM publié en 2004 [16], objet de tant de polémiques à l'époque. Il n'était pas possible dans un article nécessairement court de redéfinir ce qui dans ce long rapport (plus de 500 pages...) permet de parler, à juste titre, de données factuelles. La présentation succincte du tableau 1 résume en particulier le chapitre 11 du rapport, qui décrit longuement les études retenues, leurs résultats, et les outils utilisés pour l'évaluation. Rappelons, pour les lecteurs passionnés, qu'il est toujours disponible à l'adresse :

<http://ist.inserm.fr/basisrapports/psycho.html>

2. La formation, en France, correspond à un diplôme universitaire (DU) ou inter-universitaire (DIU) obtenu en trois ans et qui comprend 450 heures de formation théorique et pratique, et la présentation orale et écrite de huit cas supervisés. Ces diplômes sont ouverts aux psychiatres, psychologues, infirmiers spécialisés et médecins généralistes principalement. Cependant, le nombre de psychothérapeutes formés en France (environ 1 500) apparaît insuffisant pour répondre à une demande croissante.

premiers travaux dans les pays anglo-saxons remontent à la fin des années 1950. Les TCC s'inscrivent aisément dans le modèle bio-psycho-social [1] selon lequel les troubles psychiatriques ont une origine à la fois biologique, psychologique et sociale. Les données actuelles de la génétique montrent que l'héritabilité ne représente que 40 % de l'étiologie des troubles psychiatriques, le reste étant explicable par des processus sociaux, interpersonnels, ou le développement psychologique individuel, ou des événements qui surviennent dans la vie de chacun [2]. Il reste donc une large place pour des facteurs étiologiques psychosociaux et des interventions psychothérapeutiques destinées à en modifier les effets. Les TCC ont été fondées, d'abord, sur les théories de l'apprentissage : conditionnement classique, conditionnement opérant, théorie de l'apprentissage social. Puis elles ont pris pour référence les théories cognitives, en particulier le modèle du traitement de l'information.

Principe thérapeutique : modifier un apprentissage émotionnel, cognitif ou comportemental inadapté

Ces apprentissages, ainsi que les processus cognitifs qui les accompagnent, peuvent jouer un rôle causal direct dans l'étiologie d'un trouble psychopathologique, rôle causal pas nécessairement unique. Une vulnérabilité, inscrite dans le tempérament et d'origine

Jean Cottraux
Unité de traitement
de l'anxiété, Hôpital
neurologique, Lyon
cottraux@univ-lyon1.fr

Mots clés : thérapie
comportementale
et cognitive,
thérapie familiale

DOI : 10.1684/med.2006.0046



génétique favorise ces conditionnements. C'est ainsi que l'on définit un trait héritable comme le « neuroticisme » qui se trouve en amont des processus de conditionnement dans les troubles anxieux et dépressifs. Des variations génétiques qui influent sur le transporteur de la sérotonine, qui lui-même régule le fonctionnement du noyau amygdalien, seraient sous-jacents [3]. Les données actuelles de l'épidémiologie génétique montrent que dans l'anxiété et aussi la dépression, et dans la plupart des troubles psychiatriques, les facteurs environnementaux sont tout aussi importants que les facteurs génétiques dans l'expression clinique des troubles. Le **conditionnement classique** (ou répondant, ou pavlovien) a pour effet de mettre en place les réponses du système nerveux végétatif [4], « biologie des émotions » en relation avec les facteurs cognitifs [5, 6]. La conscience joue peu de rôle dans ce type d'apprentissage, qui a lieu dans deux structures neurologiques qui appartiennent à des structures primitives du cerveau, le thalamus et l'amygdale, et également le tronc cérébral. L'apprentissage de la peur et des réactions anxieuses a lieu dans le thalamus et l'amygdale, selon une voie qui court-circuite le cortex préfrontal. Cette voie est utilisée quand il s'agit de réponses immédiates de survie : fuir, affronter et combattre, ou s'immobiliser. Mais à cette voie courte se superpose une voie longue, qui va permettre un traitement conscient, et plus lent de l'information. Cette voie fait relais dans les aires préfrontales qui font partie du néo-cortex. Une atteinte du cortex préfrontal empêche la décroissance des réponses de peur et d'anxiété par l'exposition répétée aux situations provocatrices d'anxiété.

Des organismes comprenant un nombre limité de neurones (aplysie) peuvent, à côté des réponses conditionnelles, **mémoriser après une seule rencontre avec un stimulus nuisible (sensibilisation)** [7], ce qui entraîne une potentialisation à long terme résultant d'une cascade d'événements chimiques : la réponse va s'accroître sans qu'il soit nécessaire de mettre en place de nouvelles expériences de conditionnement.

L'habituation est l'inverse de la sensibilisation ; c'est un processus physiologique très général, forme élémentaire et primitive d'apprentissage qui peut être assez facilement utilisée comme paradigme expérimental et principe thérapeutique. Chez la personne souffrant de réponses émotionnelles excessives, l'habituation par présentation prolongée et

répétée des stimuli (**principe d'exposition**) aboutit à la diminution de la force des réponses inconscientes contrôlées par le tronc cérébral et le complexe amygdalien. En revanche, la présentation brève des stimuli évocateurs d'obsessions et de compulsions ou de phobies ne fait qu'accroître l'intensité des réponses motrices, cognitives et végétatives futures. Il s'agit du phénomène inverse de l'habituation : la sensibilisation.

En général, il faut 45 minutes d'exposition pour aboutir au phénomène d'habituation. Le thérapeute doit donc proposer aux patients phobiques ou obsessionnels, des séances répétées et prolongées plutôt que des séances brèves et espacées. Ainsi, le plus connu des principes utilisés en TCC est l'exposition aux situations anxiogènes [8, 9]. Celle-ci est en général effectuée de manière graduelle et précédée d'une phase d'exposition prolongée et répétée en imagination qui vise à habituer les réponses physiologiques inadaptées et à éteindre les réponses motrices d'évitement.

Le **conditionnement opérant** (ou skinnerien ou instrumental) a été décrit dès la fin des années 1930 [10] comme une extension de la théorie darwinienne de la sélection naturelle. Il a pour but de développer et maintenir des réponses motrices et verbales. L'organisme opère sur l'environnement et les conséquences de son action le conduisent à modifier son comportement. Il répétera ou éliminera certaines réponses. Les actions sont renforcées par leurs conséquences négatives, positives ou nulles. Deux grands principes pratiques, issus du conditionnement opérant, sont le plus souvent utilisés :

1. Le principe de *segmentation de la difficulté* : il consiste par exemple à classer de 0 à 100 les étapes d'affrontement d'une situation en fonction de l'anxiété ressentie à chaque étape.
2. Le *façonnement progressif avec renforcement positif des comportements* qui, s'approchant progressivement du but recherché, évite le découragement aussi bien des patients que des thérapeutes. Le renforcement positif est présenté par le thérapeute sous forme d'approbation et de valorisation de l'activité du patient.

Les principes de **l'apprentissage « social »** par imitation de modèles ont été étendus aux problèmes cliniques [11]. Ils sont surtout appliqués pour le développement de la compétence sociale par les jeux de rôle : le patient, après avoir joué une interaction sociale, observe des modèles compétents qui donnent leur version de la situation et s'inspire des modèles pour en donner sa propre version.

Une dimension particulière du fonctionnement mental : l'efficacité personnelle perçue face à des événements aversifs [11, 12]. L'impuissance apprise et la perte de l'efficacité personnelle perçue peuvent rendre compte des réponses de stress, d'anxiété et de dépression. À l'inverse, le développement de la résilience représente un des buts thérapeutiques généraux des TCC.

Au total, les TCC reposent sur l'idée que la modification des schémas cognitifs joue un rôle central dans le processus psychothérapeutique [13-15]. Un schéma cognitif est une structure imprimée par l'expérience sur l'organisme qui va entraîner un traitement spécifique de l'information provenant du monde extérieur ou des états somatiques (*encadré 1*).

Encadré 1.

Le modèle cognitif des troubles psychopathologiques peut se résumer en douze propositions

1. Les schémas cognitifs représentent des interprétations personnelles de la réalité qui sont automatiques et s'activent de manière inconsciente.
2. Les schémas cognitifs influent sur les stratégies individuelles d'adaptation.
3. Ils représentent une interaction entre les comportements, les émotions, l'attention et la mémoire.
4. Ils se manifestent par des distorsions cognitives et des biais spécifiques à chacun des grands types psychopathologiques : en clair des préjugés ou des attitudes ou des croyances irrationnelles.
5. Ils se traduisent par une vulnérabilité cognitive individuelle.
6. Chaque trouble psychopathologique résulte d'interprétations inadaptées concernant soi-même, l'environnement actuel et le futur. Il existe donc des schémas spécifiques : schémas d'interprétation négative des événements (dépression), schémas de dangers (phobies, attaques de panique), schémas de sur-responsabilité (trouble obsessionnel compulsif).
7. Ces schémas se traduisent par une attention sélective vis-à-vis des événements qui les confirment : ils représentent donc une prédiction qui se réalise.
8. Les schémas pathologiques sont des structures adaptatives sélectionnées par un environnement et devenues inadaptées à un autre environnement.
9. Ils sont donc à relier à des structures neurobiologiques (des réseaux), gérant à la fois les émotions et les croyances, sélectionnées par l'évolution naturelle. Ils sont stockés dans la mémoire à long terme.
10. La meilleure façon d'accéder aux schémas cognitifs est d'activer les émotions : « L'émotion est la voie royale vers la cognition. » Il est conseillé au thérapeute en cas d'expression émotionnelle dans la séance de rechercher la pensée automatique qui est attachée à l'émotion (Beck *et al.*, 1979). Par exemple, le monologue intérieur « Je ne vaux rien » correspond à la tristesse et aux larmes dépressives. Il renvoie au schéma « Standards élevés » qui pourra être examiné dans sa dimension historique : d'où viennent ces standards ? Ce qui permettra de le modifier progressivement.
11. Ces schémas peuvent être à la base de la personnalité en particulier les schémas cognitifs précocement acquis lors des expériences infantiles.
12. Les TCC ont pour but la modification des schémas par des méthodes cognitives, comportementales, émotionnelles et interpersonnelles.

TCC : individuelles ou en groupe, couple ou famille³

Les séances sont limitées en nombre : 10 à 25 séances hebdomadaires pour les troubles anxieux et la dépression, une

3. La thérapie familiale sous forme de psycho-éducation et de résolution de problèmes a particulièrement été étudiée chez les psychotiques.

centaine pour les troubles de personnalité ou la réhabilitation des psychotiques. Elles durent de 30 à 60 minutes, pendant 6 mois à 3 ans selon la nature et la chronicité des troubles (6 mois en général pour les troubles anxieux et la dépression, 1 à 3 ans pour les troubles de la personnalité).

Le déroulement de la thérapie se fait en plusieurs étapes :

- Diagnostic clinique selon les classifications internationales CIM-10 ou DSM des troubles psychiatriques.
- Analyse motivationnelle : qu'est-ce que le patient désire changer (définition avec le thérapeute des objectifs du traitement) ?
- Établissement d'une relation thérapeutique de collaboration : l'alliance thérapeutique doit être bonne pour que la thérapie fonctionne bien.
- Analyse fonctionnelle : quelles sont les relations entre les comportements-problèmes, les pensées, les émotions et l'environnement social et physique de façon à adapter la thérapie à chaque patient. Des grilles [15] permettent d'établir les dysfonctionnements présents du patient (synchronie) et leur mise en place et leur maintien dans le passé (diachronie). L'analyse fonctionnelle guidera la démarche thérapeutique en générant des hypothèses communes au patient et au thérapeute, au sujet des facteurs de déclenchement et de maintien du trouble.
- Explication du problème psychopathologique et des techniques qui seront mises en place pour assurer le changement des comportements, des émotions et des pensées.
- Développement de capacités d'autogénération et d'autogestion du patient.
- Évaluation des résultats du traitement par rapport à une ligne de base enregistrée avant de commencer.
- Programme de maintenance et suivi durant un an après la fin de la phase active de traitement.

La séance est structurée par un thérapeute actif [13] :

- Évaluation des tâches effectuées entre les rencontres, s'il y a lieu, en début de séance.
- Définition d'un agenda de séance : thème de séance établi avec le patient.
- Résumé de la séance toutes les 10 minutes environ par le thérapeute qui le propose à la discussion du patient. La méthode « socratique » de questionnement permet de mobiliser les croyances.
- Utilisation de techniques cognitives, comportementales, émotionnelles et interpersonnelles pour modifier les schémas cognitifs et les pensées automatiques préconscientes qui entraînent les difficultés relationnelles du patient.
- Résumé de séance par le patient au thérapeute de manière à mettre à jour ce que le patient retient de la séance. Ce résumé est discuté. Le thérapeute demande un feedback du patient sur ce qu'a fait ou dit le thérapeute avec une critique éventuelle de ce qui lui a déplu ou une mise en avant de ce qu'il veut préciser.
- Avant de terminer, définition avec le patient des tâches cognitives et comportementales à mettre en œuvre dans la vie quotidienne. Un agenda est établi concernant le ou les points à aborder en priorité lors de la prochaine séance.

L’alliance thérapeutique est une condition nécessaire mais non suffisante pour une thérapie efficace. En TCC, la relation thérapeutique se fonde sur l’ici et maintenant, la sélection avec le patient de problèmes concrets à résoudre et une attitude consistant à tester des hypothèses thérapeutiques établies en commun. Ce type de relation est appelé « relation de collaboration empirique », et pourrait se définir ainsi : « deux scientifiques travaillant en commun sur un problème à résoudre ».

Résultats des TCC : les données factuelles

Le niveau de preuve de l’efficacité des TCC chez l’adulte apparaît très élevé, dans la plupart des problèmes psychopathologiques, lors de comparaison avec des groupes contrôles et/ou d’autres formes de traitement (*tableau 1*) [16]. Bien que très critiqué en France, les conclusions du rapport de l’Inserm convergent avec celles de nombreux rapports publiés à l’étranger ces 15 dernières années [17, 18].

Les méthodes d’imagerie fonctionnelle ont été utilisées dès leur apparition pour tester des hypothèses psychopathologiques mais aussi pour évaluer les effets des psychothérapies et tenter d’en expliquer les processus. Plusieurs études ont montré des changements identiques, ou très voisins lorsqu’on compare les effets des traitements pharmacologiques par antidépresseurs et les thérapies (*encadré 2*).

Encadré 2.

Les données des neurosciences

- Dans le trouble obsessionnel compulsif, l’activité métabolique mesurée par caméra à positons (méthode au fluoro-déoxy-glucose) dans les régions orbito-préfrontales et dans le noyau caudé est diminuée par TCC ou par fluoxétine. L’effet est plus diffus sous fluoxétine [19].
- Dans les phobies sociales, l’activité du complexe amygdalien mesurée par la caméra à positons diminue sous citalopram et sous TCC chez les répondeurs dans les deux groupes [20].
- Dans les phobies spécifiques, les effets de la TCC sur l’IRM fonctionnelle ont été étudiés chez 12 sujets présentant une phobie des araignées (mesure effectuée durant le visionnement d’un film représentant des araignées). Une comparaison était effectuée avec un groupe contrôle normal au pré-test seulement. Les résultats ont montré chez les « normaux » une activation occipitale moyenne gauche et temporale inférieure droite. En revanche chez les « phobiques » au pré-test, il y avait une activation dorsolatérale préfrontale qui pouvait correspondre selon les auteurs à une « métacognition adaptative », ainsi qu’une activation parahippocampique qui correspondait à une activation de la mémoire contextuelle en relation avec la peur. Après TCC, on observait chez les phobiques une disparition des activations préfrontales et hippocampiques anormales.

Tableau 1. Niveaux de preuves d’efficacité des approches psychothérapeutiques chez l’adulte [16]

Indications	Approche psychothérapeutique
Schizophrénie (phase aiguë) avec médicaments	Thérapie psycho-éducative familiale sur taux de rechute à 2 ans (1)
Schizophrénie (stabilisée suivie en ambulatoire) avec médicaments	Approche psycho-éducative familiale (1) Approche TCC (acquisition d’habileté sociale, gestion des émotions) (1)
Dépression hospitalisée sous antidépresseurs	Approche TCC (1)
Trouble bipolaire avec médicaments	Approche psycho-éducative familiale (conjugale) et approche TCC (2)
Dépression moyenne	Approche TCC et thérapie interpersonnelle (<i>thérapie brève orientée sur la modification des interactions sociales</i>) (1)
Trouble panique	Approche TCC (1). Approche psychodynamique brève avec antidépresseurs (2)
Stress post-traumatique	Approche TCC (dont EMDR : <i>Eye movement desensitization and reprocessing</i>) (1) Approche psychodynamique brève (<i>thérapie d’orientation psychanalytique brève</i>) (2)
Troubles anxieux (TAG, TOC, phobies)	Approche TCC (1)
Boulimie	Approche TCC (1)
Anorexie	Thérapies familiales chez les patients jeunes (2) ; Approche TCC pour la prévention des rechutes (2)
Troubles de la personnalité	Approche psychodynamique (1) Approche TCC (1)
Alcoolodépendance	Thérapie familiale et approche TCC dans le maintien de l’abstinence (1)

(1) Efficacité établie ; (2) Présomption d’efficacité.

Conclusion : intérêt et limites des TCC

En raison d'un nombre important d'essais contrôlés et de méta-analyses, les TCC apparaissent actuellement comme la forme de psychothérapie la mieux validée selon les principes de la médecine fondée sur des preuves. Cependant, les études de suivi des résultats dépassent rarement deux ans. Sur une durée plus longue (2-14 ans), les résultats obtenus sont plus stables dans les troubles anxieux que dans la réhabilitation de schizophrénie, mais tendent à s'éroder avec le temps du fait de la comorbidité [21]. En revanche, plusieurs études ont montré une prévention des rechutes par la thérapie cognitive dans la dépression [22] et une étude montre les effets stables des TCC dans le stress post-traumatique sur 5 ans [23].

Un nombre important de non-répondeurs existe dans certaines catégories nosographiques, en particulier les troubles

obsessionnels compulsifs [24], ce qui dans certains cas complexes et difficiles incline à combiner, au début, des traitements pharmacologiques pour amorcer le changement, et incite à la recherche de nouveaux traitements biologiques et psychologiques.

Un niveau élevé de motivation est souvent nécessaire pour entrer et rester en thérapie. C'est vrai en particulier dans le domaine des addictions : tabac, alcool, drogues dures ou douces. Il faut donc mettre en place des méthodes cognitives de clarification et de développement de la motivation, avant de mettre en route des procédures comportementales de sevrage [25].

Malgré l'accumulation de données sur l'efficacité des TCC et la recherche fondamentale sur leurs principes, il n'y a pas encore de théorie générale qui permette de comprendre complètement leurs processus. L'étude plus poussée des schémas cognitifs et de leur relation avec des réseaux de neurones, permettra sans doute une avancée théorique dans un avenir proche, en particulier dans le domaine des troubles de la personnalité.

Références :

- Engel GF. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196:129-36.
- Uhl GR, Grow RV. The burden of complex genetics in brain disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61:223-9.
- Harriri AR, Drabant EM, Munoz KE, Kolachana BS, Marray VS, Egan MF, Weinberger DR. A susceptibility gene for affective disorder and the response of human amygdala. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:146-52.
- Pavlov I. *Réflexes conditionnels et inhibition* (1926). Paris; Gonthier: 1963.
- LeDoux J. *The emotional brain*. New York; Simon and Schuster: 1998.
- LeDoux J. *Neurobiologie de la personnalité*. Paris; Odile Jacob: 2002.
- Kandel E. A new framework for psychiatry. *Am J Psychiatry*. 1998;155:457-9.
- Wolpe J. *La pratique de la thérapie comportementale* (traduction Rognant J.). Paris; Masson: 1975.
- Marks I. *Fears, phobias and rituals : panic, anxiety, and their disorders*. Oxford; New York University Press: 1987.
- Skinner BF. *L'analyse expérimentale du comportement*. Bruxelles; Dessart: 1971.
- Bandura A. *Social learning theory*. New Jersey; Prentice Hall: 1977.
- Seligman MEP. *Helplessness on development, depression and death*. San Francisco; Freeman: 1975.
- Beck AT, Rush J, Shaw B, Emery G. *Cognitive therapy of depression*. New York; Guilford Press: 1979.
- Alford BA, Beck AT. *The integrative power of cognitive therapy*. New York; Guilford Press: 1997.
- Cottraux J. *Les thérapies comportementales et cognitives (4^e Édition)*. Paris; Masson: 2004.
- Expertise collective Inserm (Canceil O, Cottraux J, Falissard B, Flament M, Miermont J, Swendsen J, Teherani M, Thurin JM). *Psychothérapie: Trois Approches Évaluées*. Paris; Inserm: 2004. 553 p. Résumé sur www.inserm.fr.
- WHO (Sartorius N, De Girolamo G, Andrews G, German A, Eisenberg L, Eds) *Treatment of Mental Disorders. A Review of Effectiveness*. Washington; American Psychiatric Press: 1993.
- Department of Health. *Treatment choice in psychological therapies and counselling*. London; Evidence Based Practice Guideline: 2001. WWW.DOH.GOV.UK/Mentalhealth/Treatmentguideline
- Baxter L, Schwartz J, Bergman K, Szuba M, Guze B, Mazziota J, et al. Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49:681-9.
- Furmark T, Tillfors M, Marteinsdottir I, et al. Common changes in cerebral blood flow in patients with social phobia treated with citalopram or cognitive-behavioral therapy. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59:425-33.
- Durham RC, Chambers JA, Power KG, Sharp KR, Macdonald RR, Major KA, et al. Long term outcomes of cognitive behaviour therapy in clinical trials in central Scotland. *Health Technology Assessment*: 2005. 174 p.
- Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of Cognitive-Behavior Therapy, a review of metaanalyses. *Clinical Psychology Review*. 2006;26:17-31.
- Tarrier N, Sommerfeld C. Treatment of chronic PTSD by cognitive therapy and exposure: a 5-year follow-up. *Behavior Therapy*. 2004;35:231-46.
- The Expert Consensus Panel for obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1997;58 (Suppl 4):3-72.
- American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders: alcohol, cocaine, opioids. *Am J Psychiatry*. 1995;152:11 (Suppl):1-59.

En résumé : les TCC

- ▶ Les TCC reposent sur l'idée que la modification des schémas cognitifs joue un rôle central dans le processus psychothérapeutique. Elles visent à modifier les conditionnements pathologiques mis en place par un apprentissage émotionnel, cognitif ou comportemental inadapté.
- ▶ Les TCC sont des thérapies brèves (séances limitées en nombre et en durée) effectuées individuellement ou en groupe, selon un déroulement prédéterminé, chaque séance étant structurée par le thérapeute.
- ▶ Les TCC apparaissent actuellement comme la forme de psychothérapie la mieux validée selon les principes de la médecine factuelle.
- ▶ Malgré l'accumulation de données sur leur efficacité et la recherche fondamentale sur leurs principes, il n'y a pas encore de théorie générale qui permette de comprendre complètement leurs processus.