

Les sciences cognitives :
un cadre pour unifier aujourd'hui la théorie et la pratique en psychothérapie ?

Rubrique : Editorial

Tony Ward, University of the West of England, Bristol, BS16 1QY,
tony.ward@wuwe.ac.uk [auteur correspondant]

Résumé - L'essor des sciences cognitives aujourd'hui permet-il à celles-ci de servir de métathéorie globale pour le domaine de la psychothérapie ? Nous proposons d'abord un bref aperçu des principaux axes de réflexion survenus au cours du développement de la psychothérapie au cours des 100 dernières années. Le nombre croissant de points de vue sur la pratique rend le domaine de plus en plus divers et fragmenté ; cependant, les sciences cognitives ont maintenant atteint un point où elles peuvent appréhender les principes psychothérapeutiques clés. Un certain nombre d'auteurs ont présenté un panorama détaillé allant dans ce sens, certains d'un point de vue psychodynamique, et d'autres d'un point de vue psychothérapeutique plus générique. Nous décrivons ensuite des domaines clés de la science cognitive et leurs liens avec les notions de processus conscients et inconscients, puis nous montrons comment ceux-ci peuvent être appliqués de façon simple et générale à la pratique quotidienne. Enfin, nous suggérons que les sciences cognitives, en tant que métathéorie de la psychothérapie, pourraient apporter de nouvelles contributions à la recherche sur les problèmes courants des personnes suivies en psychothérapie.

Mots-clefs : sciences cognitives, psychothérapie, intégration théorique.

Cognitive science: a framework for unifying theory and practice in psychotherapy today?

This article discusses the proposition that cognitive science has now developed to the point where it can serve as an overarching meta-theory for field of psychotherapy. It will begin with an overview of the main strands of thinking which have emerged in the development of psychotherapy over the last 100 years. The ever increasing number of perspectives and views around practice make the field increasing differentiated and fragmented. However, cognitive science has now reached a point where it can explain and capture the key psychotherapeutic principles. A number of authors have presented detailed overviews along these lines, some coming from a psychodynamic perspective and some from a more generic psychotherapy perspective. The article goes on to describe some of the key strands of cognitive science, and how these relate to notions of conscious and unconscious processes. It then shows how these can be applied to everyday practice. Finally it is argued that cognitive science as a meta-theory for psychotherapy has the potential to bring benefits to the field in terms of future research on common client issues as the practice of therapy.

Key-words: Cognitive science, psychotherapy, theoretical integration.

Les sciences cognitives sont devenues le paradigme dominant de la psychologie. Le manuel de référence d'Eysenck et Keane [12], qui en est à sa cinquième édition, compte plus de 800 pages et détaille près de 2000 études. Les données rassemblées dans cet ouvrage incluent des études de neuroscience, de neuropsychologie, de science informatique, ainsi que de psychologie expérimentale traditionnelle. Fait intéressant, des éditions plus récentes ont ajouté un chapitre sur les théories cognitives de la « conscience », un sujet que les psychologues cognitivistes n'ont abordé que ces dernières décennies. Compte tenu de cette profusion de plus en plus riche de découvertes sur les processus de pensée et sur le cerveau, il n'est pas surprenant que les psychothérapeutes aient commencé à regarder dans cette direction. Dans quelle mesure les sciences cognitives modernes peuvent-elles nous aider à comprendre les problèmes que les clients exposent en thérapie, et ces connaissances peuvent-elles également nous aider à réfléchir sur le processus de la thérapie ?¹

Au cours des vingt dernières années, plusieurs initiatives ont été prises dans cette direction. Un certain nombre d'auteurs issus de la perspective psychodynamique se sont demandé dans quelle mesure les neurosciences actuelles peuvent nous aider à comprendre et expliquer les idées psychodynamiques, par exemple Solms et Turnbull [25]. Ce domaine de travail porte souvent le nom de « Neuropsychoanalyse » et dispose maintenant de sa propre revue dédiée à ce sujet. Il y a eu aussi des publications qui ont tenté d'intégrer les sciences cognitives avec les principes psychodynamiques, par exemple Horowitz [15], et plus récemment Ward et Plagnol [27].

En même temps, des tentatives ont été faites pour expliquer comment les neurosciences cognitives peuvent nous aider à comprendre la psychothérapie en général, en dehors du paradigme psychodynamique. Grawe [14] a publié un texte de référence dans ce domaine qui a inspiré d'autres chercheurs (par exemple, Dahlitz, 2015 [8]). Cette perspective est connue sous le nom de « Neuropsychothérapie » et, là encore, il existe maintenant une revue spécialisée dans ce domaine.

¹ Nous utiliserons le terme de « client » dans cet article, suivant l'exemple de Carl Rogers qui préférait ce terme à celui de « patient » car la personne qui suit une thérapie reste maître de ses décisions et participe d'une façon autonome à la thérapie.

Le but de cet article est de présenter une brève introduction à ces initiatives qui tentent d'utiliser les sciences cognitives et les neurosciences pour faire progresser la psychothérapie. Nous commencerons par un bref aperçu du développement du domaine de la psychothérapie, pour illustrer les différents courants de pensée et les différentes approches qui en découlent. Il sera suggéré que cette diversité entraîne des complications sur le terrain, avec de nombreuses idées contradictoires sur la nature des problèmes des clients et sur la meilleure façon d'aider les clients à les résoudre. Nous verrons ensuite comment les modèles des sciences cognitives peuvent éclairer la psychothérapie. Un exemple sera donné sur la manière dont elles peuvent être appliquées aux problèmes dont les clients se plaignent fréquemment. Pour finir, nous soutiendrons que l'adoption d'une métathéorie enracinée dans les sciences cognitives peut apporter au domaine de la psychothérapie une compréhension meilleure et plus profonde des problèmes des clients, ainsi que de notre théorie et de notre pratique de la thérapie.

1. Le développement de la psychothérapie et le problème de la diversité des perspectives

La psychothérapie est une pratique qui existe depuis plus de cent ans et trouve son origine notamment dans les travaux de Freud [13]. Au cours de cette période, de nombreuses suggestions ont été faites quant à la manière de mener une telle entreprise.

Certaines idées de Freud restent d'actualité, par exemple celle selon laquelle beaucoup de déterminants de notre comportement sont de l'ordre de l'inconscient. Autre nouveauté nous venant de Freud : pour maintenir notre sentiment de bien-être face aux conflits internes, nous utilisons des « mécanismes de défense ». Situation classique, sur mon lieu de travail, je ne supporte plus mon supérieur hiérarchique, mais je peux contenir mon agacement jusqu'à mon retour à la maison et éliminer ma colère en m'en prenant à mes proches — ce processus est bien connu sous le nom de « déplacement ». De plus, notre relation à l'autre est enracinée dans nos expériences de notre enfance et ces premiers schémas relationnels peuvent se manifester dans nos relations à l'âge adulte : ce processus

est appelé « transfert ». La méthode psychodynamique classique essaie de discerner les schémas qui se répercutent dans la vie des clients.

Dès les débuts de la psychanalyse, les conceptions de la psychothérapie ont commencé à diverger. Otto Rank, l'un des premiers disciples de Freud, a été aussi l'un des premiers à remettre en question la méthode psychanalytique traditionnelle, ce qui a entraîné une scission avec Freud. Rank s'est ensuite installé aux États-Unis, où il a exercé une influence déterminante sur le travail de Carl Rogers, après avoir visité la clinique de guidance (d'orientation infantile) où Rogers travaillait en 1936 [21]. Les idées de Rank cadraient bien avec la propre expérience de Rogers et celui-ci en est venu à penser que le facteur le plus important dans le traitement était de proposer une relation thérapeutique utile et acceptée implicitement par le client. Il a précisé qu'une telle relation était caractérisée par les « conditions essentielles » d'empathie, de chaleur et d'authenticité.

Dans les années 50, des psychologues cliniciens tels que Wolpe [28] ont appliqué des idées basées sur des théories dérivées des paradigmes classiques de l'apprentissage, c'est-à-dire du conditionnement classique et opérant. Ces techniques ont rencontré un succès considérable en aidant les clients souffrant d'anxiété et de phobies. A la même époque, des praticiens tels que Beck [3] ont développé des idées sur la manière dont les pensées conscientes apparaissent et influencent les sentiments. Dans les années 70, ces deux domaines se sont combinés pour former les « thérapies cognitivo-comportementales ». Nous pourrions également mentionner la thérapie existentielle [29], qui met l'accent sur le processus de création de sens dans la vie des personnes.

La cartographie de ces différents développements et courants de pensée permet d'illustrer la façon dont est apparue une pluralité de traditions. Celles-ci diffèrent quant à la manière dont elles conceptualisent la détresse psychologique, et elles diffèrent également quant à la façon dont le thérapeute doit mener la thérapie.

Cependant, cette multiplicité de points de vue est problématique. Il existerait à présent plus de 450 approches thérapeutiques spécifiques et identifiables. Comment le praticien en formation ou même le praticien expérimenté, *a fortiori* le client, peuvent-ils alors naviguer dans ce labyrinthe complexe d'idées concurrentes ?

Pour illustrer ce problème, considérons une difficulté fréquente décrite par de nombreux clients en thérapie. La dépression se caractérise par une altération persistante et significative de l'humeur, qui dure plusieurs mois et entrave la capacité à mener une vie

normale et épanouissante. L'approche cognitivo-comportementale souligne comment cette tristesse est due à des pensées négatives automatiques : en thérapie, les clients apprennent à noter ces pensées et à les remettre en question. Le travail psychothérapeutique est d'abord ciblé sur les pensées négatives, même si l'émergence de ces pensées est elle-même considérée comme induite par l'activation de schémas cognitifs inconscients, formés par apprentissage au cours de la vie, qui seront éventuellement abordés dans une thérapie plus approfondie. L'approche psychodynamique tend par contre d'emblée à situer les origines de cette humeur altérée dans le développement affectivo-relational de l'individu : l'approche thérapeutique peut alors chercher à mettre en lumière ces expériences précoces et les schémas relationnels qu'elles ont engendrés, afin que l'individu puisse utiliser cette nouvelle connaissance de lui-même pour modifier ses stratégies et ne pas répéter ces schémas.

Ces conceptions concurrentes en psychothérapie semblent nous dire des choses différentes sur la nature du mal-être du client et sur les méthodes qui doivent être utilisées pour le soigner. Un moyen de résoudre ces difficultés apparemment insolubles serait d'essayer de réconcilier les différents points de vue en les unifiant selon un cadre théorique unique, mais cette démarche est souvent considérée comme une utopie [16]. Cependant, ce problème peut être dû à des tentatives maladroites de rapprochement au sein des différentes écoles psychothérapeutiques : plutôt que de vouloir réconcilier différentes écoles de psychothérapie qui fonctionnent déjà avec leurs propres théories et pratiques, peut-être vaut-il mieux forger un langage générique et un nouveau cadre de pensée en dehors des écoles déjà existantes.

2. La révolution cognitive

La révolution cognitive [18] se poursuit en psychologie depuis plus d'un demi-siècle, apportant de nombreuses théories sur la « phénoménologie cognitive » — autrement dit, la nature des processus mentaux —, ainsi que des modèles en neuroscience sur la manière dont ces processus de pensée sont mis en œuvre dans le cerveau.

2.1 Bases cognitives des processus conscients et inconscients

On peut considérer que la psychologie cognitive met en jeu deux grands types de processus psychologiques. Les premiers, qui correspondent à la partie supérieure de la Figure 1, délimités par une ligne pointillée, sont des processus actifs impliquant l'environnement externe ou des souvenirs actuellement activés. Nous pourrions dire que ces processus relèvent de la « conscience ». D'autres termes utilisés dans la littérature spécialisée sont « espace de travail global » [1] ou « théâtre de l'esprit » [9]. On peut admettre que la conscience a pour fonction de permettre au cerveau d'intégrer des processus de réponse à l'environnement actuel, tout en pouvant faire appel aux connaissances stockées issues du passé. Ce processus est souvent largement automatique [24], mais, face à un nouveau défi, une attention beaucoup plus contrôlée et délibérée peut être mobilisée. Il existe ainsi des théories précises sur la façon dont nous pouvons maintenir les stimuli dans notre conscience actuelle [2]. Par exemple, nous pouvons verbaliser des informations et les répéter en utilisant notre processus de « parole interne », que Baddeley a appelé la « boucle phonologique » [2].

Figure 1 à peu près ici.

Le deuxième grand type de processus cognitifs concerne la manière dont le cerveau stocke et récupère les informations sur le long terme [23]. Ces processus sont illustrés dans la partie inférieure de la Figure 1. (Une partie du système de représentation se trouve à l'intérieur de la fenêtre en pointillé figurant la conscience, pour illustrer le fait que certains aspects de notre mémoire sont toujours actifs, aux niveaux explicite et implicite.)

Ces représentations à long terme sont complexes et incluent une grande variété d'informations de types très divers [23]. Nous connaissons des faits, par exemple les couleurs du drapeau français. Nous avons également des souvenirs personnels et épisodiques, par exemple nous pouvons nous rappeler avoir vu le drapeau français flotter lors d'un 14 juillet dans notre jeunesse. Dans de tels cas épisodiques, les souvenirs

peuvent être très sensoriels et situationnels, mais restent liés à notre connaissance sémantique personnelle de qui nous sommes et de ce que nous voulons.

Certains de nos souvenirs personnels très vivaces et impliquant une forte composante émotionnelle sont qualifiés de « souvenirs auto-définissants » (*self-defining memories*) [6], étant généralement liés à des aspects importants de notre identité et à nos besoins psychologiques. Par exemple, nous pouvons nous rappeler d'événements de notre petite enfance, impliquant peut-être l'un ou l'autre de nos parents. De tels souvenirs auto-définissants, souvent très révélateurs des expériences générales vécues dans l'enfance, sont fréquemment au cœur des discussions lors des séances en psychothérapie.

Cependant, une grande partie de notre expérience et de nos apprentissages passés ne relève pas de souvenirs conscients, malgré leur impact important sur nos vies. Cette mémoire est qualifiée d'« implicite » [22] et inclut des éléments tels que les schémas relationnels et les manières d'être, dont une grande partie a été conditionnée très tôt par nos interactions avec nos parents ou les autres adultes assumant une responsabilité dans l'éducation des enfants. Par exemple, si nous avons eu des parents qui nous critiquent et nous rabaissent en permanence, ou bien des parents autoritaires, cela peut nous amener à un comportement particulier dans nos interactions avec les autres à l'âge adulte. Or, nous pouvons n'avoir aucune conscience que l'origine de ces schémas de comportement remonte aux premières années de notre vie. La mémoire implicite est ainsi au fondement de la théorie cognitive du transfert (voir [19]).

Ce premier aperçu général de l'architecture cognitive nous permet d'appréhender des aspects importants de l'expérience humaine en termes d'état de conscience, ainsi que d'impact de l'apprentissage et de la mémoire explicite ou implicite. Cependant, notre expérience dépend à l'évidence d'autres facteurs importants, émotionnels et motivationnels.

2.2 Le rôle de l'émotion et de la motivation

Notre expérience consciente est constamment accompagnée d'une tonalité émotionnelle, régie par des processus impliquant le système limbique, en particulier l'amygdale [17]. Ceci est lié au système de motivation, ce qui signifie que si nous « pensons » ne pas assouvir nos besoins fondamentaux, ni atteindre les objectifs que nous nous fixons, cela

pourra nous conduire à une détresse psychologique. A partir la théorie de la « motivation fondamentale », Grawe a précisé ces besoins essentiels à la vie mentale humaine : besoins d'orientation / contrôle, de plaisir et non de douleur, d'attachement et de développement personnel [14]. De plus, Grawe a suggéré que nous essayons de façon générale de répondre à ces besoins par des stratégies d'approche ou d'évitement. Ce dernier aspect est bien établi dans la littérature neuroscientifique [26].

Ainsi, les théories de la psychologie cognitive expliquent les phénomènes de conscience, mais aussi les influences inconscientes à long terme sur notre comportement qui se produisent sur la base de notre expérience et de notre apprentissage passés ; de plus, notre expérience du monde au moment où elle se déroule comprend une composante émotionnelle liée à notre perception de la mesure avec laquelle nos besoins psychologiques de base seront satisfaits ; les expériences négatives qui produisent de l'anxiété et de la douleur peuvent conduire à des stratégies d'évitement, par lesquelles certaines situations ou activités sont écartées, et à une réduction de l'activité et/ ou à des comportements hyperactifs. Ces modèles peuvent être corrélés aux résultats des neurosciences, en termes de fonctions cérébrales et de localisation [7]. Nous allons maintenant illustrer comment ce cadre cognitif général peut être appliqué de façon simple pour comprendre la détresse psychologique de nos clients et constituer une base métathéorique pour une thérapie psychologique.

2.3 Application à la dépression

Prenons le cas hypothétique d'un client souffrant de dépression, que nous appellerons Peter.²

Peter est un homme dans la quarantaine qui a connu un succès considérable dans sa carrière. Il a débuté dans une grande entreprise avec une position subalterne, mais a gravi les échelons. Il est maintenant directeur régional des ventes et dirige plusieurs collègues travaillant sur une vaste zone. Il s'est marié à vingt-deux ans avec une jeune femme rencontrée au travail. Il décrit s'être senti très amoureux au début, mais il se demande maintenant s'ils ne se sont pas mariés trop rapidement, car ses sentiments

² Ce cas est décrit plus en détail dans Ward et Plagnol [27].

envers son épouse ont diminué au bout de quelques années. À l'occasion, son travail l'a emmené loin de chez lui et il déclare avoir été infidèle à plusieurs reprises. Lorsqu'il s'est présenté à la thérapie, il était divorcé depuis sept ans. Au cours de cette période, il a connu plusieurs relations, mais aucune n'a duré. Il commençait à désespérer de pouvoir jamais renouer une relation durable, ce qui l'a profondément déprimé, à tel point qu'il en a parlé à son médecin généraliste il y a deux ans et qu'il a pris des antidépresseurs pendant quelques mois. Il dit se sentir extrêmement seul et, sans avoir personne avec qui partager son quotidien, il a le sentiment que sa vie n'a plus réellement de sens.

Peter correspond clairement aux critères de la dépression, car il connaît une profonde tristesse depuis très longtemps, tandis que d'un point de vue cognitif, il présente une faible estime de soi et de fréquentes pensées négatives (affirmant qu'« il doit bien y avoir quelque chose qui ne va pas » avec lui-même et qu'il ne connaîtra plus de relations amoureuses). Il est sur le point de s'isoler socialement et a même décidé de ne plus s'impliquer dans de nouvelles relations.

La situation de Peter correspond aux conceptions de Grawe [14] sur les besoins psychologiques fondamentaux. En effet, Peter ressent le besoin d'être dans une relation et de satisfaire ses besoins d'attachement en partageant sa vie avec une autre personne. Dans le même temps, il ressent de la souffrance face à l'échec de ses tentatives de relation et, au fil du temps, il a été amené à contourner cette souffrance grâce à des stratégies d'évitement.

Pendant la thérapie, Peter a exploré un certain nombre d'aspects de ses premières expériences. Un événement-clé du passé, qui s'est révélé avoir eu plusieurs conséquences importantes, a été le divorce de ses parents quand il avait neuf ans. De tels événements perturbateurs dans l'enfance sont fréquents dans l'histoire des clients déprimés et peuvent être considérés comme un élément de vulnérabilité dans la construction du monde intérieur [27]. Après le divorce, les grands-parents de Peter ont pris une place très importante dans sa vie, et il semble qu'ils avaient une vision très traditionnelle des relations conjugales et de la nécessité pour les personnes en couple de rester unies dans leur relation, en particulier dans les cas où ils sont parents de jeunes enfants. Peter semble avoir fortement intégré ce point de vue dans sa vision du monde.

Après le divorce parental, Peter a vécu avec sa mère, avec laquelle il a eu une relation compliquée. D'une part, il la voyait comme forte, intelligente et travailleuse ; d'autre part, il avait l'impression qu'elle avait peu d'estime pour lui et ne s'intéressait guère à ses succès dans la vie. L'un de ses souvenirs d'enfance marquant, très vivace et émotionnellement fort, est associé à un match de football pendant ses vacances : Peter avait joué un rôle-clé lors de ce match et son équipe avait finalement remporté le championnat, mais sa mère n'était pas venue le voir, malgré sa promesse, et ne lui avait même pas demandé comment s'était déroulé le match... Il s'agit là d'un bon exemple de « souvenir définissant de soi » (par exemple, Conway [6]). Ces souvenirs étant représentatifs de périodes particulières de la vie du client, le travail à partir de leur évocation peut grandement faciliter la thérapie.

Vers la fin du travail avec Peter, celui-ci s'est finalement rendu compte que ses relations amoureuses et son attitude envers ses partenaires reflétaient dans une certaine mesure son expérience d'enfance avec sa mère. De tels schémas relationnels avaient probablement contribué à l'échec de certaines de ses relations où sa partenaire lui paraissait en dessous de son idéal maternel.

Le cas de Peter illustre plusieurs aspects importants de la façon dont les principes des sciences cognitives peuvent être utiles pour comprendre et traiter les problèmes des clients.

Tout d'abord, nous pouvons constater qu'un élément central est le profond sentiment de solitude de Peter après l'échec de ses nombreuses tentatives de relations amoureuses. Ne pas avoir de partenaire avec qui partager sa vie lui laisse penser que sa vie manque de sens et d'objectifs, ce qui engendre le fait que son humeur décline progressivement. Ainsi, Peter sent qu'il ne répond pas à l'un de ses besoins psychologiques fondamentaux liés à l'attachement, et l'incongruence que cela crée le conduit finalement à rechercher une thérapie, en accord avec la théorie de Grawe sur la motivation des clients [14]. Au cours des séances, Peter a envisagé d'arrêter de chercher une partenaire en raison de sa frustration, illustrant comment, face à une expérience douloureuse, les clients peuvent activement éviter la situation qui lui est associée, là encore en accord avec Grawe [14].

Au cours des séances, Peter a expliqué comment il avait intégré le point de vue de ses grands-parents quant à la nécessité pour un adulte d'entretenir une relation amoureuse et de la maintenir. Cela a contribué à son sentiment d'échec. En même temps, son partenaire

idéal pour la vie ressemblait beaucoup à sa mère, ce qui l'a amené à refuser des relations avec des partenaires potentiels qui ne ressemblaient pas à cette image, malgré leurs sentiments pour lui. L'exemple de Peter confirme ainsi à quel point nos expériences et apprentissages passés sont conservés à travers des structures schématiques et influencent notre comportement à un niveau implicite, souvent sans en avoir conscience. Ceci illustre également comment des concepts psychodynamiques tels que les processus inconscients peuvent être appréhendés à travers le langage des neurosciences cognitives. Cela peut nous permettre d'affiner et de développer l'utilisation de ces notions en thérapie. (Voir par exemple [19] pour un compte-rendu cognitif du phénomène de transfert, et [27] pour une exploration plus approfondie de la façon dont les concepts psychodynamiques peuvent être intégrés avec les sciences cognitives.)

3. Apports potentiels pour la théorie et la pratique en psychothérapie

Si la psychothérapie, qui a déjà bénéficié des avancées dans les sciences cognitives, doit être utile dans le futur, elle devra relever le défi de continuer à faire progresser tant la théorie que la pratique. Nous allons maintenant évoquer quelques pistes relatives à ces deux aspects qui peuvent être étayées par le cadre des sciences cognitives.

3.1 Approfondissements théoriques : le poids des schémas

Nous avons vu que les conceptions cognitives de la conscience étaient abordées avec des modèles théoriques tels que l'espace de travail global de Baars [1] ou la mémoire de travail de Baddeley [2]. Nous avons également expliqué à quel point l'expérience passée est représentée de manière schématique et influence de manière implicite le comportement des gens, sans que, le plus souvent, ils en aient conscience [22]. Ce cadre basé sur les sciences cognitives et axé sur le système de représentation à long terme pourrait se révéler utile pour approfondir la compréhension de l'ensemble des problèmes rencontrés par les clients.

En fait, l'idée selon laquelle il existe des structures organisées dans la mémoire, basées sur l'expérience passée, et qui ont un impact négatif sur l'état émotionnel et le comportement actuel des personnes, exerce une influence depuis longtemps. Young [30] a qualifié ces structures de « schémas précoces inadaptés » et les a regroupés autour de dix-huit thèmes communs, par exemple celui de la « privation émotionnelle ». La considération de telles structures est sans aucun doute pertinente dans les cas où les problèmes des clients ne semblent pas faciles à résoudre car sujets à répétition. Cependant, le principe cognitif des structures de mémoire organisées en réseaux associationnistes hiérarchiques, c'est-à-dire en schémas, peut être appliqué de façon plus générale. En effet, une grande partie de l'expérience passée est organisée dans ces structures schématiques, peu accessibles à la conscience. Leur apprentissage est hautement idiosyncratique, étant dépendant de l'environnement dans lequel se déroule la petite enfance, de la qualité des relations que le sujet entretient avec ses parents et sa fratrie, et de la survenue d'événements difficiles ou traumatisants. La nature de ces structures de mémoire est complexe et leur dynamique est associée à une forte dimension émotionnelle. En particulier, les émotions négatives, pour lesquelles le système limbique joue un rôle crucial, peuvent constituer une caractéristique forte des expériences indésirables et être extrêmement persistantes dans la vie d'une personne (Costafredi et al, [7]).

Pour illustrer l'impact de ces expériences passées et de cet apprentissage dans notre vie quotidienne, considérons le cas de M. K, rapporté par Plagnol et Mirabel-Sarron [20]. M. K était un homme d'âge moyen qui avait entamé un traitement en raison de son anxiété au volant. Ce problème s'était aggravé, avec de fréquentes attaques de panique et un nombre croissant de tentatives d'évitement. La thérapie comportementale et l'exposition graduée ont, dans un premier temps, été efficaces, mais après quelque temps, les problèmes sont réapparus et M. K a dû retourner en thérapie. Lors de sessions ultérieures, M. K a exploré ses schémas et attitudes personnels. Il semblait exister un profond sentiment de vulnérabilité, un besoin d'être reconnu par les autres et une peur de se détacher de la réalité. M. K décrivait une dynamique familiale complexe, avec un père dominant et une mère émotionnellement indisponible. Un souvenir important (un souvenir définissant le soi, d'après Conway [6]) concerne un épisode au cours duquel sa mère a failli suffoquer après une fausse route lors d'un repas familial. De façon générale,

dans l'enfance de M. K, il y avait un manque de sentiment de sécurité et la crainte d'une perturbation de l'unité familiale. Après avoir exploré ces problèmes de développement et ces souvenirs, les principaux symptômes d'anxiété semblent s'être résorbés.

Ainsi, les principes des sciences cognitives peuvent nous aider à expliquer comment des expériences négatives au cours du développement, en se structurant en schémas, peuvent exacerber ou prolonger des difficultés psychologiques à l'âge adulte. Cela peut être un facteur dans toutes les questions que les clients abordent durant le traitement, dont la dépression, l'anxiété et les traumatismes [27].

3.2 Quelques directions pour la pratique thérapeutique

De quelle manière concrète les théories issues des sciences cognitives pourraient nous aider à développer des approches thérapeutiques ?

Selon le principe-clé que nous avons exposé, nos cognitions et comportements conscients sont étayés par les apprentissages et les expériences passés, en grande partie organisés de manière schématique et inaccessibles à la conscience. À cela s'ajoute la notion générale que nous nous efforçons de satisfaire des besoins psychologiques fondamentaux, tels que vivre des relations affectives, et que ces tentatives se caractérisent par des stratégies d'approche et d'évitement. De tels principes et notions sont compatibles avec les différentes approches thérapeutiques actuelles.

Par exemple, nous savons que lors d'une dépression, de nombreux clients se désengagent des activités qu'ils trouvaient auparavant agréables. Reprendre des activités qui leur étaient agréables en utilisant « l'activation comportementale » est d'ailleurs l'une des interventions les plus efficaces que nous puissions mener, avec un effet immédiat et significatif pour de nombreux clients [11]. Les sciences cognitives pourraient aider à préciser pour chaque client la nature de ce désengagement qui varie d'un individu à l'autre, en fonction de sa propre histoire, et la façon dont nous devrions prendre cela en considération dans nos efforts visant à inciter notre client à reprendre des activités qui lui plaisaient. La même logique peut être suivie relativement aux cognitions conscientes négatives que les clients ont quand ils seront déprimés, qui reflète là encore leur histoire personnelle unique et leur apprentissage passé. Enfin, comme nous l'avons vu, la manière dont de telles cognitions négatives résulte de l'expérience passée peut être en grande partie

inconsciente : cela suggère qu'il pourrait être utile de consacrer du temps et des efforts en thérapie à la compréhension par le client des modèles cognitifs, ainsi que des expériences et des connaissances découlant de ces modèles.

Les suggestions ci-dessus reposent sur l'hypothèse selon laquelle une meilleure connaissance de soi de la part du client peut conduire à un changement thérapeutique intéressant. Il est possible d'explorer cette question dans le cadre de recherches futures. Selon le cadre cognitif, une grande partie de nos apprentissages antérieurs aboutit à des processus automatisés, qui peuvent être difficiles à modifier [24], mais un traitement conscient contrôlé peut intervenir pour rediriger le comportement [10]. Dans quelle mesure pouvons-nous donner à nos clients les moyens d'utiliser les nouvelles connaissances acquises afin de mettre en œuvre des stratégies contrôlées et conscientes? Parmi les exemples de tels processus automatiques, citons les tendances conduisant à se concentrer sur des éléments négatifs de leur environnement dans le cas des clients souffrant de dépression ou sur des éléments représentant une menace dans le cas des clients anxieux ou traumatisés [4]. Changer ces tendances, qui peuvent être profondément enracinées après plusieurs années d'expérience, est probablement un défi, même si cette possibilité est depuis longtemps explorée [10]. Il a été suggéré que ce qui pourrait être nécessaire est en réalité la construction de nouveaux schémas basés sur de nouvelles expériences [5], ce qui semble impliquer que cela pourrait être un processus long et laborieux, mais ouvre des pistes de recherche intéressantes à suivre concernant les meilleures stratégies permettant aux clients de bénéficier de nouvelles expériences et de développer de nouveaux schémas positifs.

Le problème de la longueur du processus ouvre sur des questions relatives à la nature de la thérapie et à la durée des interventions thérapeutiques. On a souvent dit que la thérapie avait une fonction réparatrice [27]. Du point de vue des sciences cognitives, cette nature réparatrice consiste à proposer aux personnes un aperçu qui leur permette de surmonter les conditionnements du passé, d'explorer de nouvelles façons d'établir des relations et de mettre en œuvre de nouvelles expériences d'apprentissage positives. Cela suggère que les thérapeutes devraient adopter une vision positive et optimiste, en accord avec la notion de « considération positive inconditionnelle » de Rogers [21]. De plus, étant donné les problèmes auxquels de nombreux clients ont été confrontés dans leur vie, cela suggère que la thérapie est un processus qui doit parfois être prolongé. Or dans de nombreux pays

l'accès à la thérapie est filtré de sorte que seuls les cas les plus graves bénéficient de davantage que quelques séances. Les sciences cognitives pourraient nous aider à mieux comprendre et à prédire quels clients bénéficient d'une période de traitement prolongée, ce qui pourrait conduire à une meilleure prise de décision au stade initial de la rencontre.

Conclusion

Nous avons tenté de montrer que les théories et les connaissances issues des sciences cognitives peuvent nous aider de façon générale à mieux comprendre les problèmes des clients et les façons de les utiliser en thérapie, indépendamment du type de thérapie. Le niveau de développement théorique et de précision fourni par les sciences cognitives peut nous permettre de faire progresser la recherche dans le futur, d'établir des prévisions plus fines et de développer de nouvelles façons de procéder en thérapie, adaptées au parcours individuels des clients. De cette manière, les sciences cognitives pourraient servir de langage métathéorique, en amont des concepts que nous utilisons actuellement pour les psychothérapies, et ainsi contribuer à unifier le champ de la psychothérapie et les centaines d'approches différentes proposées jusqu'à présent.

Remerciements

Je suis redevable à Guillaume Carré pour son aide relative à la révision du français dans cet article, la correction des erreurs et l'amélioration du style.

Références

1. Baars B.J. 1993. *A cognitive theory of consciousness*. Cambridge : Cambridge University Press.
2. Baddeley A. 1992. Working memory. *Science* 255 : 556-559.
3. Beck A.T. (ed.). 1979. *Cognitive therapy of depression*. New York : Guilford Press.
4. Beck A.T., Clark D.A. 1988. Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Res* 1 : 23-36.

5. Brewin C.R. 1996. Theoretical foundations of cognitive-behavior therapy for anxiety and depression. *Annual Rev Psychol* 47 : 33-57.
6. Conway M.A. 1990. *Autobiographical memory: An introduction*. Milton Keynes : Open University Press.
7. Costafreda S.G., Brammer M.J., David A.S, Fu C.H. 2008. Predictors of amygdala activation during the processing of emotional stimuli: A meta-analysis of 385 PET and fMRI studies. *Brain Res Rev* 58 : 57-70.
8. Dahlitz M. 2015. Neuropsychotherapy: Defining the emerging paradigm of neurobiologically informed psychotherapy. *Int J Neuropsychother* 3 : 47-69.
9. Dehaene S., Naccache L. 2001. Towards a cognitive neuroscience of consciousness: Basic evidence and a workspace framework. *Cognition*, 79 : 1-37.
10. Dobson K.S., Shaw, B.F. 1981. The effects of self-correction on cognitive distortions in depression. *Cognitive Ther Res* 5 : 391-403.
11. Ekers D., Webster L., Van Straten A., Cuijpers P., Richards, D., Gilbody S. 2014. Behavioural activation for depression; An update of meta-analysis of effectiveness and sub group analysis. *PLoS one* 9 : e100100.
12. Eysenck M. W., Keane M. T. 2015. *Cognitive psychology: A student's handbook*. Hove (R.-U.) : Psychology Press.
13. Freud S., Breuer J. 1955. Preface to the first edition of studies on hysteria. In Strachey J. (ed.). *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume II (1893-1895): Studies on Hysteria*. Londres : The Hogarth Press and the Institute of Psycho-analysis, 24-30.
14. Grawe K. 2017. *Neuropsychotherapy: How the neurosciences inform effective psychotherapy*. Hove (R.-U.) : Routledge.
15. Horowitz M.J. 1998. *Cognitive psychodynamics: From conflict to character*. Hoboken (NJ) : John Wiley & Sons.
16. Lampropoulos G.K. 2001. Bridging technical eclecticism and theoretical integration: Assimilative integration. *J Psychother Integration* 11: 5-19.
17. Larson C.L., Schaefer H.S., Siegle G.J., Jackson C.A., Anderle M.J., Davidson R.J. 2006. Fear is fast in phobic individuals: Amygdala activation in response to fear-relevant stimuli. *Biol Psychiatr* 60 : 410-417.
18. Miller G.A. 2003. The cognitive revolution: A historical perspective. *Trends Cognitive Sci* 7 : 141-144.
19. Miranda R., Andersen S.M. 2007. The therapeutic relationship: Implications from social cognition and transference. In Gilbert P. & Leahy R.L. (eds.). *The Therapeutic Relationship in the Cognitive Behavioral Psychotherapies*. Hove (R.-U.) : Routledge, 79-105.

20. Plagnol A., Mirabel-Sarron C. 2006. Schémas dépressogènes et espace subjectif. *Ann Med Psychol* 164 : 24-33.
 21. Rogers C. 2012. *Client centred therapy*. Londres : Constable & Robinson.
 22. Schacter D.L. 1995. *Implicit memory: A new frontier for cognitive neuroscience*. Cambridge (E.-U.) : MIT Press.
 23. Shiffrin R.M., Atkinson, R.C. 1969. Storage and retrieval processes in long-term memory. *Psychol Rev.* 76 : 179-189.
 24. Shiffrin R.M., Schneider W. 1977. Controlled and automatic human information processing: II. Perceptual learning, automatic attending and a general theory. *Psychol Rev* 84, 127-190.
 25. Solms M., Turnbull O. 2002. *The brain and the inner world: An introduction to the neuroscience of subjective experience*. Londres : Karnac Books.
 26. Spielberg J.M., Heller W., Miller G.A. 2013. Hierarchical brain networks active in approach and avoidance goal pursuit. *Front Hum Neurosci* 7 : 284-294.
 27. Ward T., Plagnol A. 2019. *Cognitive psychodynamics as an integrative framework in counselling psychology and psychotherapy*. Londres : Palgrave Macmillan.
 28. Wolpe J. 1963. Quantitative relationships in the systematic desensitization of phobias. *Am J Psychiatr* 119 : 1062-1068.
 29. Yalom I.D. 1980. *Existential psychotherapy* (Vol. 1). New York : Basic Books.
 30. Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M.E. 2003. *Schema therapy*. New York : Guilford Press.
-

Figure 1. L'architecture cognitive humaine.

