

Cette variabilité des effets pour une même substance confirme en partie l'observation clinique. Les patients anxieux discriminent dans une même classe thérapeutique, notamment celle des benzodiazépines, les substances en fonction de la rapidité d'action, de l'efficacité anxiolytique et du degré de qualité de vie accrue par l'absence ou la modestie des effets indésirables. Les patients distinguent en outre ces qualités thérapeutiques pour d'autres anxiolytiques non benzodiazépiniques.

Ces constatations sont corroborées par des études récentes. En effet, les anxiolytiques ont certaines spécificités d'action sur la mémoire. Le diazépam perturbe la mémoire épisodique, altérant la remémoration de la biographie, et respecte l'amorçage perceptif ; le lorazépam perturbe la mémoire épisodique mais aussi l'amorçage perceptif et la mémoire sémantique constituée de la connaissance du monde accessible sans effort ; l'étifoxine, anxiolytique non benzodiazépinique, comparée au lorazépam, n'entraîne pas d'amnésie ni de sédation. Elle se fixe sur un site distinct du système GABA_A et implique les neurostéroïdes, qui facilitent ses effets inhibiteurs.

La prescription médicamenteuse s'inscrit dans une relation. La qualité de ce soutien psychologique réduit le niveau de stress et facilite l'alliance thérapeutique qui participe à l'efficacité anxiolytique. Les psychothérapies dites structurées, notamment la psychothérapie cognitive, a pour objectif de faire prendre conscience aux patients de ses dysfonctionnements cognitifs, des schèmes et des postulats erronés de pensée à l'origine d'une appréciation fautive de la réalité, source d'émergence de l'anxiété.

Le clinicien possède deux atouts dans le traitement du patient anxieux, les thérapeutiques médicamenteuse et psychologique. Leur indication est fonction de chaque patient, toujours singulier ; leur utilisation simultanée est plus efficace que l'une des thérapeutiques utilisée seule.

Le présent ouvrage, tout en montrant la complexité de la pathologie anxieuse, fréquente, handicapante et familière au clinicien, offre des éclairages différents et complémentaires. S'il peut étoffer les connaissances des lecteurs, il aura satisfait l'objectif des auteurs.

Maurice Ferreri

5065
04-32

Une approche cognitive en psychopathologie

■ Martial Van der Linden

Résumé

La psychopathologie cognitive est une composante récente de l'étude des états psychopathologiques. Cette approche considère que les dysfonctionnements cognitifs contribuent, avec d'autres facteurs, au développement, au maintien et à la récurrence des états psychopathologiques. Il est classiquement distingué trois types de dysfonctionnements cognitifs : les déficits cognitifs, les biais cognitifs et les croyances dysfonctionnelles.

Mots clés : Dysfonctionnements cognitifs ; États psychopathologiques

Abstract

The cognitive approach has recently been adopted for the study of psychopathological states. It considers that cognitive dysfunction, together with other factors, contributes to the development, the maintenance and the recurrence of psychopathological states. Traditionally three types of cognitive disorders can be identified: cognitive deficits, cognitive bias and dysfunctional beliefs.

Keywords: Cognitive dysfunction; Psychopathological state

Introduction

La psychopathologie cognitive est une composante récente de la psychopathologie qui se propose d'utiliser les concepts et les méthodes de la psychologie cognitive, et plus généralement des sciences et neurosciences cognitives, afin d'étudier les dysfonctionnements cognitifs, émotionnels et relationnels qui accompagnent les états psychopathologiques.

Cette approche considère ainsi que les dysfonctionnements cognitifs contribuent, avec d'autres facteurs, au développement, au maintien, et à la récurrence des états psychopathologiques (Van der Linden et Ceschi, 2005). À terme, la psychopathologie cognitive devrait pouvoir mettre en relation directe les dysfonctionnements cognitifs avec, d'une part, les symptômes cliniques et les perturbations de la vie quotidienne et, d'autre part, les anomalies neurobiologiques. Mais, dès à présent, elle peut conduire à une traduction de certains aspects de la sémiologie psychopathologique en termes de troubles cognitifs. Elle peut en outre proposer des hypothèses concernant la nature de certains troubles cognitifs, qui pourront guider, de façon plus spécifique, les recherches neurobiologiques (et en particulier les études d'imagerie cérébrale) dans leur exploration des sous-basements neurobiologiques des symptômes psychopathologiques. À côté de ces objectifs de recherche, la psychopathologie cognitive vise aussi au développement de nouvelles méthodes d'évaluation et de thérapie des états ou symptômes psychopathologiques.

Trois types principaux de dysfonctionnements cognitifs peuvent être distingués : les déficits cognitifs, les biais cognitifs et les croyances dysfonctionnelles. Les déficits cognitifs concernent les situations dans lesquelles les personnes sont incapables de réaliser certaines fonctions cognitives de base (par exemple, mémoire ou fonctions exécutives), ces anomalies n'étant pas influencées par le contenu de l'information traitée. En ce qui concerne les biais cognitifs (d'attention, de mémoire ou de jugement), ils renvoient aux situations dans lesquelles les personnes traitent préférentiellement certains types d'information (par exemple, des informations négatives ou de danger) par rapport à d'autres. Enfin, les croyances dysfonctionnelles sont constituées d'un ensemble complexe d'associations entre concepts, stockées en mémoire à long terme et qui modulent le fonctionnement cognitif, affectif et relationnel. Nous illustrerons comment ces trois types de dysfonctionnement s'expriment, de façon consciente ou non consciente, dans divers états anxieux.

Déficits cognitifs

Ces dernières années, la psychologie cognitive a manifesté un regain d'intérêt pour les mécanismes d'inhibition. Différents arguments théoriques ont été présentés en faveur de l'existence de tels mécanismes, et plusieurs paradigmes expérimentaux ont été développés afin de les mettre en évidence. Par ailleurs, le concept d'inhibition est devenu un

facteur explicatif important pour la compréhension de certains phénomènes psychopathologiques. Dans cette perspective, plusieurs études ont obtenu des résultats suggérant des difficultés à inhiber une information non pertinente chez les patients présentant un trouble obsessionnel compulsif (TOC). Ainsi, dans un travail récent (Van der Linden et al., 2004, in press), nous avons administré la tâche de Hayling, élaborée par Burgess et Shallice (1996), à 16 patients TOC laveurs, 16 patients TOC vérificateurs, 16 patients avec une phobie sociale et 16 participants contrôles afin d'évaluer la capacité d'inhiber une réponse dominante (ou automatique). Un déficit affectant cette capacité devrait empêcher les patients TOC d'inhiber les schémas cognitifs qui se sont progressivement développés en intégrant les pensées intrusives, les évaluations et croyances dysfonctionnelles et les compulsions (Tallis, 1995). Cette tâche est divisée en deux parties (A et B), au cours desquelles l'examineur lit au patient 15 phrases dont il manque le dernier mot : dans les deux cas, le participant doit fournir un mot qui complète la phrase. Dans la partie A (partie « initiation »), il s'agit de compléter chaque phrase par le mot le plus approprié (par exemple : « Au printemps, l'oiseau construit son... NID. »). Dans la partie B (« partie inhibition »), il s'agit de fournir une réponse qui n'entretient aucune relation sémantique avec la phrase (par exemple : « En automne, les arbres perdent leurs ... COUTEAUX. »). Dans cette deuxième partie, la personne doit donc inhiber la réponse dominante. La mesure de la performance repose, d'une part, sur la comparaison entre le temps total mis pour réaliser les deux conditions et, d'autre part, sur le nombre de pénalités obtenues (réponses incorrectes) pour la condition d'inhibition. Les résultats montrent que les différents groupes de participants ne diffèrent pas dans les temps de réponse aux parties A et B de la tâche. En revanche, les deux groupes de patients TOC (laveurs et vérificateurs), contrairement aux phobiques sociaux, commettent significativement plus d'erreurs dans la partie B de la tâche (la partie « inhibition »), et la fréquence de ces erreurs est corrélée avec la sévérité des symptômes TOC (évaluée par le *Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory*), mais pas avec les scores de dépression et d'anxiété. Ces données suggèrent que la difficulté à inhiber une réponse dominante constitue un déficit général affectant différents sous-types de patients TOC et que ce déficit est spécifiquement relié à la symptomatologie du TOC. Par ailleurs, le fait que le déficit se manifeste par des erreurs et non par un accroissement des temps de réponse indique qu'il n'est pas la conséquence d'un ralentissement induit par la présence de pensées intrusives ou par une caractéristique de personnalité reflétant de la méticulosité ou de l'indécision.

Il faut cependant noter que le concept d'inhibition renvoie probablement à des processus différents. Récemment, dans une analyse factorielle confirmatoire menée sur les performances de personnes normales à différentes tâches évaluant les capacités de contrôle inhibiteur, Friedman et Miyake (2004) ont distingué deux dimensions de l'inhibition : l'inhibition « réponse-distracteur » et la résistance à l'interférence proactive. La première dimension regroupe la capacité de supprimer une réponse dominante et automatique et la capacité de résister à l'interférence d'une information externe non pertinente pour la tâche en cours. La deuxième dimension désigne la capacité de résister à l'intrusion en mémoire d'informations qui étaient précédemment pertinentes mais qui sont devenues inutiles pour la tâche en cours. Enfin, en utilisant un modèle d'équation structurale, ils ont observé que la dimension « inhibition réponse-distracteur » était impliquée dans les difficultés cognitives quotidiennes évaluées au moyen du *Cognitive Failure Questionnaire* (Broadbent, Cooper, FitzGerald et Parkes, 1982), alors que la dimension de résistance à l'interférence proactive était impliquée dans la suppression de pensées intrusives non souhaitées telle qu'évaluée par l'Inventaire de suppression de l'ours blanc (Wegner et Zanakos, 1994). Considérant ces différentes données, on pourrait faire l'hypothèse que des déficits affectant ces deux aspects du contrôle inhibiteur contribuent de façon spécifique à la survenue et/ou au maintien des pensées intrusives et des difficultés de contrôle des conduites dans le TOC : la dimension « inhibition réponse-distracteur » serait plutôt reliée à la présence de difficultés dans le contrôle des compulsions, et la dimension « résistance à l'interférence proactive » à la présence des obsessions. Cette hypothèse fait actuellement l'objet d'une recherche au sein de l'Unité de psychopathologie et neuropsychologie cognitive à Genève.

Une relation unissant spécifiquement les compulsions de vérification à des difficultés mnésiques a été suggérée depuis longtemps (voir Rachman, 1973). Cependant, ce n'est que récemment que cette hypothèse a été explorée au moyen de tâches mnésiques possédant une validité écologique et dans des groupes homogènes de patients vérificateurs. Ecker et Engelkamp (1995) ont entrepris une étude se voulant plus écologique et destinée à explorer, chez des patients TOC vérificateurs, la mémoire motrice ainsi que les processus de *reality monitoring*, lesquels permettent de distinguer le souvenir d'un événement réellement vécu du souvenir relatif à quelque chose qu'on a seulement imaginé. Ecker et Engelkamp (1995) sont partis de l'hypothèse que cette réduction de la qualité personnelle du souvenir de l'action pourrait être liée à un déficit d'encodage ou de récupération de

l'information motrice-kinesthésique, lequel conduirait également à une difficulté à distinguer les souvenirs d'actions réellement effectuées de ceux relatifs à des actions imaginées (difficulté qui serait résolue par des vérifications). Les auteurs ont exploré les performances de patients TOC vérificateurs ($n = 24$), de sujets contrôles vérificateurs élevés ($n = 24$) et vérificateurs bas ($n = 48$) dans une tâche de mémorisation de phrases (du type « ouvrir le livre »). Quatre conditions d'encodage ont été comparées : encodage moteur (réaliser les actions sans l'objet), encodage moteur imagé (s'imaginer effectuant l'action), encodage visuel imagé (imaginer quelqu'un d'autre réalisant l'action) et répétition sub-vocale. Les résultats montrent que le rappel libre des patients TOC est inférieur à celui de sujets de contrôle (avec niveau bas de vérification) uniquement pour la condition motrice : il s'agit en outre de la seule différence spécifiquement reliée à la vérification ; par ailleurs, ce déficit n'est pas relié à la dépression ou à l'anxiété (notons qu'aucun déficit n'est observé en reconnaissance, mais cela pourrait être lié à un effet-plafond). Par ailleurs, les patients TOC confondent plus souvent encodage moteur et encodage moteur imagé que les contrôles, et ce score de confusion est corrélé avec le score de la sous-échelle de vérification du *Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory*, mais pas avec celui de l'échelle globale. En outre, les patients TOC croient plus souvent qu'une action a été imaginée que réalisée par rapport aux contrôles. Il faut par ailleurs noter qu'aucune différence n'a été observée entre les patients TOC et des sujets contrôles vérificateurs élevés ($n = 24$) : Tallis (1995) indique cependant que les sujets de contrôles vérificateurs élevés montraient des scores au MOCI qui auraient pu les faire inclure dans le groupe des patients TOC. En conclusion, ce travail met en évidence chez les patients TOC vérificateurs un trouble spécifique de la mémoire motrice ainsi qu'une perturbation des processus de *reality monitoring* conduisant à des confusions entre encodage moteur et encodage moteur imagé. Plus récemment, nous avons obtenu des résultats globalement similaires auprès de personnes non cliniques (des étudiants universitaires) présentant une propension élevée aux conduites de vérifications (Zermatten, Van der Linden, Larøi et Ceschi, 2004).

Biais cognitifs

Différents paradigmes ont été utilisés pour étudier les biais d'attention sélective dans le cadre de l'anxiété, dont les plus fréquents sont le Stroop émotionnel (Williams, Mathews et MacLeod, 1996) et la tâche de détection de cible (*Dot Probe Detection Task*, DPDT ; MacLeod, Mathews et

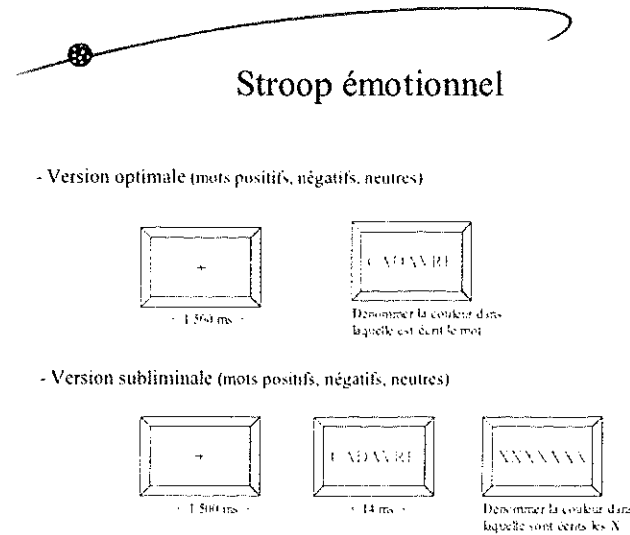


Fig. 1. Illustration des versions optimale et subliminale de la tâche de Stroop émotionnel.

Tata, 1986). Dans la tâche de Stroop émotionnel, l'examineur montre aux participants des mots imprimés avec des encres de couleurs distinctes (Fig. 1). Suite à chaque présentation, le participant doit dénommer la couleur de l'encre dans laquelle est écrit le mot, en faisant abstraction de sa signification. Suivant les conditions, les items présentés peuvent être des mots menaçants, neutres, positifs, ou des non-mots. Un allongement des temps de dénomination des mots menaçants, par rapport aux mots neutres, est considéré comme un indice d'interférence lié à une difficulté d'inhibition du traitement automatique et/ou à une activation plus importante du contenu menaçant du mot. Cette interférence s'accorde avec l'hypothèse d'un biais attentionnel sélectif en faveur des informations menaçantes.

Les biais d'attention sélective dans le cadre de l'anxiété ont également été étudiés à l'aide de la DPDT. Cette tâche vise à explorer les processus d'attention sélective de manière plus directe et spécifique. Dans cette tâche, deux mots (l'un menaçant et l'autre neutre) sont présentés simultanément sur un écran d'ordinateur, l'un à droite et l'autre à gauche de l'écran. Après 500 ms, ces stimuli sont remplacés par une cible visuelle (par exemple, une flèche qui peut être orientée tantôt vers le haut, tantôt vers le bas). La flèche est présentée au même endroit que l'un des deux mots. La tâche du participant est d'appuyer sur une clé-réponse pour indiquer le plus rapidement possible une caractéristique de la cible (par

exemple, si la flèche est orientée vers le haut ou vers le bas). Dans certains essais, la cible se trouve au même endroit de l'écran que le mot menaçant présenté préalablement, alors que dans d'autres elle se trouve au même endroit que le mot neutre. Un temps de réponse plus rapide lors de la discrimination de cibles visuelles apparaissant au même endroit que les mots menaçants est interprété comme un biais d'attention sélective favorisant le traitement de la menace. Tant dans la tâche de Stroop que dans la DPDT, différentes versions ont été conçues afin d'explorer la présence de biais automatiques (non conscients) et stratégiques.

Des biais attentionnels ont fréquemment été mis en évidence dans les états anxieux (voir Ceschi, Zermatten et Van der Linden, 2005). En particulier, des études ont observé des biais attentionnels très précoces (se manifestant avant qu'une pleine conscience du stimulus ne soit atteinte) et qui représenteraient des biais généraux en lien avec une évaluation de l'urgence et de la valence d'un événement. Par ailleurs, il existe également des biais attentionnels plus tardifs en lien avec les préoccupations spécifiques de la personne (comme par exemple, chez les phobiques sociaux, des biais pour des stimuli socialement inquiétants). L'anxiété généralisée se caractériserait par la présence de biais attentionnels précoces et tardifs, alors que, dans l'état de stress post-traumatique et l'état de panique, seul un biais attentionnel tardif serait présent (Buckley, Blanchard et Hickling, 2002). L'identification du caractère précoce ou tardif d'un biais attentionnel a des implications importantes quant aux interventions thérapeutiques pouvant être proposées. En effet, en présence d'un biais précoce (automatique), il s'agira de tenter d'éteindre la réponse automatique en ayant recours à des techniques d'exposition, alors que, en cas de biais tardif (stratégique), il s'agira de modifier les traitements stratégiques mis en place par la personne.

Il est à noter que l'existence de ces biais d'attention peuvent être considérés à partir d'une distinction entre deux modes de régulation (réactif et volontaire) directement reliés aux deux systèmes attentionnels distingués par Fernandez-Duque et Posner (2001) : le système attentionnel postérieur et le système attentionnel antérieur. Le réseau attentionnel postérieur est un système qui prend en charge, de façon relativement automatique (réactive), les aspects de focalisation de l'attention sur des stimuli spécifiques quand l'information cible peut être filtrée sur la base d'attributs périphériques (comme la localisation). Ce système réalise sa fonction d'orientation de l'attention via trois opérations : le désengagement d'une localisation, le déplacement vers une nouvelle localisation, et l'engagement sur une nouvelle localisation. Ainsi, la relation entre le système motivationnel de peur et le système

attentionnel postérieur s'exprime par le fait que les personnes anxieuses ont tendance à se désengager plus lentement de stimuli menaçants (c'est-à-dire à présenter un biais attentionnel vers l'information menaçante), à montrer un rétrécissement du foyer attentionnel et à manifester une plus grande sensibilité à l'influence d'informations non pertinentes, opérations qui sont sous la dépendance du système attentionnel postérieur. Le réseau cérébral antérieur serait quant à lui responsable d'opérations de contrôle attentionnel plus volontaires (ou contrôle exécutif). Une caractéristique essentielle du système attentionnel antérieur est qu'il permet de réguler le système attentionnel postérieur, et donc aussi les aspects « réactifs » de la régulation émotionnelle. Ainsi, confronté à une information menaçante, le système attentionnel antérieur peut réguler les biais attentionnels vers cette information, issus des opérations du système attentionnel postérieur, par l'intermédiaire d'un contrôle attentionnel volontaire : la personne pourra ainsi limiter l'impact de l'information menaçante, se désengager de la source de la menace et, plus généralement, promouvoir un meilleur équilibre entre l'information de menace et l'information de sécurité. Par exemple, un enfant avec un niveau de peur élevé et non régulé regardera, de façon anxieuse et sans rien faire, les autres enfants se battre dans la cour de récréation, alors qu'un enfant montrant également un niveau élevé de peur mais avec un bon niveau de contrôle exécutif pourra jouer dans le bac à sable, en s'arrêtant à l'occasion pour observer les activités des autres enfants.

Cette régulation des biais attentionnels par les processus de contrôle attentionnel a récemment été illustrée par Derryberry et Reed (2002). Ces auteurs ont en effet montré que les personnes avec trait anxieux élevé présentaient un biais attentionnel précoce favorisant les informations menaçantes (une difficulté à se désengager de la menace). Cependant, l'existence plus tardive de ce biais était influencée par les capacités de contrôle attentionnel des personnes, évaluées au moyen d'un questionnaire d'autoévaluation (évaluant trois dimensions du contrôle : la capacité de focaliser l'attention, la capacité de changer le foyer attentionnel entre différentes tâches et la capacité de contrôle flexible de la pensée). Les sujets ayant des capacités faibles de contrôle attentionnel présentaient encore un biais attentionnel tardif, contrairement aux sujets ayant de meilleures capacités de contrôle attentionnel. En d'autres termes, les biais de traitement vers l'information menaçante ne semblent pas constituer une caractéristique obligée de toutes les personnes anxieuses : chez les personnes anxieuses avec de bonnes capacités de contrôle attentionnel, le système attentionnel antérieur (exécutif) peut envoyer un signal volontaire qui

permet au système attentionnel postérieur de se désengager de l'information menaçante pour s'orienter vers l'information rassurante.

Plusieurs études ont montré que, contrairement aux biais attentionnels, il n'existait pas de biais mnésique (une performance mnésique meilleure) pour des stimuli menaçants par rapport à des stimuli non menaçants chez des patients anxieux (Williams, MacLeod et Mathews, 1996). Cependant, le plus souvent, ces études ont utilisé des stimuli peu en rapport avec les préoccupations des patients. Radomsky et Rachman (1999) ont examiné dans quelle mesure un biais mnésique pourrait être révélé chez des patients TOC en utilisant des stimuli spécifiquement adaptés aux peurs des patients. En effet, les patients TOC sont sensibles à des menaces spécifiques. En conséquence, les auteurs ont fait l'hypothèse que de telles menaces seraient accompagnées d'associations spécifiques en mémoire, pouvant faire plus aisément l'objet d'un travail d'élaboration conduisant à une meilleure performance mnésique. Ils ont exploré dix patients TOC (avec obsessions de contamination et/ou compulsions de lavage), dix patients présentant d'autres types de troubles anxieux et 20 étudiants. La tâche consistait tout d'abord à regarder l'examineur froter 25 objets avec un chiffon décrit comme sale (ayant été retrouvé dans le couloir de l'hôpital) et 25 objets avec un tissu décrit comme propre. Après un délai de 50 minutes, les sujets devaient rappeler les objets « contaminés » et « non contaminés ». Ensuite, ils devaient approcher chaque objet et évaluer pour chacun d'entre eux leur niveau d'anxiété. Enfin, on leur demandait pour chaque objet de se souvenir s'il avait été ou non « contaminé ». Les résultats ne montrent pas de différence entre les trois groupes dans le rappel global des objets (il n'existe pas non plus de différence dans la performance aux différents sous-tests de l'échelle de mémoire de Wechsler révisée). En revanche, contrairement aux deux autres groupes, les patients TOC présentent significativement un meilleur rappel pour les objets « contaminés ». Par ailleurs, les patients TOC sont plus anxieux que les deux autres groupes quand ils doivent approcher les objets, mais ce quel que soit le statut (« contaminé » ou « non contaminé ») des objets. Pour les auteurs, ce résultat pourrait être la conséquence du fait que les patients TOC sont plus anxieux quand ils doivent toucher des objets en général, mais ils émettent également l'hypothèse selon laquelle la « contamination » se serait « magiquement propagée » des objets sales aux objets propres. Enfin, il n'existe pas de différence significative dans la performance d'identification de la « contamination ». Cette étude a donc mis en évidence un biais mnésique chez les patients TOC, en faveur des objets « contaminés » (en l'absence de trouble général de la mémoire). Plus récemment, en utilisant une procédure analogue à celle

adoptée par Radomsky et Rachman (1999) et en comparant des patients TOC laveurs et vérificateurs ainsi que des phobiques sociaux (Ceschi, Van der Linden, Dunker, Perroud et Brédart, 2003), nous avons confirmé l'existence d'un biais mnésique spécifique aux patients TOC laveurs (même si ce biais se manifestait différemment de celui observé par Radomsky et Rachman). De toute évidence, ces biais mnésiques pourraient constituer un des facteurs contribuant au maintien des pensées intrusives chez les patients TOC.

Dans le domaine de l'anxiété sociale, D'Argembeau, Van der Linden, Étienne, et Comblain (2003) ont exploré l'influence de l'anxiété sociale sur la mémoire de l'identité et de l'expression des visages de manière séparée. Des sujets ayant un score faible ou élevé à une échelle d'anxiété sociale voyaient une série de visages qui avaient soit une expression de joie, soit une expression de colère. Après une tâche distractive de cinq minutes, les sujets étaient soumis à un ensemble de visages qui avaient une expression neutre. Cet ensemble comprenait des visages neutres de personnes qu'ils avaient vues auparavant et des visages neutres de personnes qu'ils n'avaient pas vues auparavant. Pour chaque visage, les sujets devaient tout d'abord dire s'il s'agissait ou non d'une personne qu'ils avaient vue auparavant (reconnaissance de l'identité) et, dans l'affirmative, ils devaient se souvenir de l'expression qu'avait cette personne (mémoire de l'expression). Les auteurs ont par ailleurs examiné les aspects qualitatifs de la mémoire de l'identité et de l'expression des visages. Dans certains cas, la reconnaissance d'un visage est accompagnée d'un souvenir de ce qui s'est produit (par exemple, ce qu'on a pensé ou ressenti) lorsque l'on a rencontré ce visage précédemment. En revanche, dans d'autres cas, on peut reconnaître un visage parce qu'il nous est familier sans être capable de se souvenir de quoi que ce soit concernant ce visage (par exemple, la vue d'une personne dans la rue peut évoquer un sentiment de familiarité, de sorte que l'on est certain d'avoir déjà vu cette personne, sans que l'on puisse se souvenir des circonstances dans lesquelles on l'a rencontrée auparavant). Ces différents états de conscience associés à la mémoire ont été étudiés à l'aide du paradigme « souvenir/familiarité/ deviné » (voir Gardiner et Richardson-Klavehn, 2000). Dans cette procédure, les sujets doivent classer les items qu'ils estiment avoir vus auparavant selon qu'ils se souviennent de certains détails liés à l'épisode d'encodage (« souvenir »), tels que par exemple ce qu'ils ont pensé ou ressenti en voyant l'item, selon que l'item leur est familier sans qu'ils aient de souvenirs associés (« familiarité ») ou selon qu'ils ne savent pas s'ils ont vu ou non l'item auparavant et qu'ils ont deviné. Dans l'étude de D'Argembeau et al. (2003), les sujets devaient effectuer de tels jugements pour la mémoire de l'identité des visages et

pour la mémoire de leur expression. La reconnaissance globale de l'identité des visages ne différait pas entre les sujets non cliniques ayant un score haut et faible d'anxiété sociale. De façon similaire, la mémoire globale pour les expressions ne différait pas entre les groupes. Néanmoins, lorsque les aspects qualitatifs de la reconnaissance étaient pris en compte, il apparaissait que les sujets non anxieux rapportaient davantage de réponses « souvenir » pour les visages qui avaient été présentés avec une expression de joie que pour les visages qui avaient été présentés avec une expression de colère, alors que ce n'était pas le cas pour les sujets anxieux sociaux. De façon similaire, la mémoire des expressions de joie était plus souvent associée à des réponses « souvenir » que la mémoire des expressions de colère chez les sujets non anxieux, mais pas chez les sujets anxieux sociaux. Ces données suggèrent que les sujets non anxieux tendent à mieux encoder et élaborer en mémoire les visages positifs que les négatifs (voir aussi D'Argembeau, Van der Linden, Comblain et Étienne, 2003) et que ce biais de mémoire pour les informations positives tend à disparaître chez les sujets anxieux sociaux. Le biais de mémoire pour les visages positifs observé chez les sujets non anxieux est consistant avec les nombreux travaux qui ont mis en évidence que la plupart des individus (non cliniques) tendent à traiter préférentiellement les informations positives plutôt que les négatives se rapportant à eux-mêmes. La moindre élaboration des visages positifs associée à l'anxiété sociale pourrait être due à la tendance des sujets anxieux sociaux à interpréter les informations sociales positives de manière plus négative que les sujets non anxieux (Wallace et Alden, 1995).

Croyances dysfonctionnelles

Il existe de nombreuses données suggérant l'existence de croyances dysfonctionnelles chez les personnes anxieuses. Ainsi, par exemple, Clark et MacManus (2002 ; voir D'Argembeau et Van der Linden, 2005) ont décrit une série de biais dans le traitement de l'information qui conduisent les patients avec phobie sociale à percevoir les situations sociales de manière excessivement négative. En raison d'expériences précoces ainsi que de facteurs qui prédisposent, les patients avec phobie sociale auraient développé une série de croyances problématiques se rapportant à eux-mêmes ainsi qu'à leur univers social. Ces croyances sont de trois types principaux :

- des standards excessivement élevés concernant les comportements et performances attendus dans les situations sociales, par exemple, « je ne dois montrer aucun signe de faiblesse », « je dois avoir l'approbation de tout le monde » ;

- des croyances conditionnelles concernant les évaluations sociales, par exemple, « si je fais une erreur, les autres vont me rejeter », « si je suis en désaccord avec quelqu'un, les autres vont penser que je suis stupide » ;
- des croyances inconditionnelles concernant les patients eux-mêmes, par exemple, « je suis stupide », « je suis inadapté ».

Ces croyances conduiraient les patients avec phobie sociale à estimer que les situations sociales sont une source de dangers, ce qui suscite un état d'anxiété lors de la confrontation avec ces situations. Par ailleurs, lorsqu'ils sont confrontés à ce type de situation, les patients tendent à focaliser leur attention sur eux-mêmes plutôt que sur la situation externe, à utiliser des comportements sécurisants et à traiter préférentiellement l'information externe menaçante. L'évaluation anticipatoire des situations sociales ainsi que leur remémoration sont également centrées autour des aspects négatifs d'eux-mêmes et de la situation. Ensemble, ces processus contribueraient à perpétuer la notion de danger associée aux situations sociales.

Cependant, la plupart des données indiquant la présence de croyances dysfonctionnelles ont été obtenues à l'aide de mesures verbales autorapportées. L'utilisation de ces mesures subjectives a fait l'objet de nombreuses critiques, liées notamment au fait qu'il est bien malaisé d'identifier soi-même les facteurs qui influencent notre comportement (MacLeod, 1993). Les causes identifiées ne seraient en fait que des rationalisations a posteriori ou des propositions élaborées à partir de théories implicites de l'esprit. Par ailleurs, les mesures subjectives ne peuvent pas mettre en évidence l'intervention de processus non conscients, ni identifier des processus qui se déroulent très rapidement. Dans cette perspective, une autre voie d'exploration s'est mise en place à partir de l'adaptation d'un paradigme de psychologie sociale, connu sous le nom de test d'association implicite (*Implicit Association Test*, IAT, Greenwald, McGhee et Schwartz, 1998). Ce paradigme, couramment employé pour évaluer des stéréotypes implicites, a été adapté par Greenwald et Farnham (2000) comme mesure de l'estime de soi. Dans cette tâche, les auteurs demandent aux participants de catégoriser des mots se rapportant à leur propre identité ou à celle d'autrui (tels que « moi » ou « autrui ») et des adjectifs émotionnels (tels que « positif » ou « négatif »). Deux conditions sont présentées aux participants. Dans la première condition, on leur demande de répondre le plus rapidement possible sur une même touche, à l'apparition des mots se rapportant à leur propre identité et des adjectifs positifs (« moi » ET « positif »). Dans la seconde condition, on croise les concepts de sorte à ce que les participants répondent, sur la même touche, à l'apparition des mots liés

à leur propre identité et des adjectifs négatifs (« moi » ET « négatif »). Généralement, les résultats montrent que les personnes sont plus rapides lorsqu'elles doivent répondre aux mots liés à leur identité et aux adjectifs positifs, suggérant l'existence d'un biais d'évaluation de soi positif. Plus spécifiquement, cette rapidité relative suggère que, par rapport au concept d'autrui, le concept de soi est plus fortement associé aux adjectifs positifs qu'aux adjectifs négatifs. La valeur obtenue à l'aide de cette tâche d'association, connue sous le terme d'effet-IAT, est considérée comme une mesure implicite de l'estime de soi, ou, autrement dit, du schéma cognitif de soi stocké en mémoire sémantique. Dans le domaine de l'anxiété, des études récentes montrent que les mesures implicites d'anxiété (tirées de l'IAT ; par exemple « moi » ou « autrui », « anxieux » et « serein ») prédisent les réactions cardiovasculaires en situation de stress (Egloff, Wilhelm, Neubauer, Mauss et Gross, 2002). De même, Egloff et Schmukle (2002, étude 4) montrent que l'IAT-anxiété permet de prédire le comportement anxieux non verbal (par exemple, mouvements des mains, fluence verbale) d'un groupe de 33 étudiants qui devaient parler en public. Dans la même recherche (Egloff et Schmukle, 2002, étude 3), l'IAT-anxiété prédit, auprès de 62 étudiants chez qui on a induit un état de stress suite à un échec, le degré d'anxiété évalué par l'expérimentateur et la performance à un test de concentration. La procédure IAT ainsi que d'autres tâches élaborées dans la même perspective devraient s'avérer des instruments précieux permettant d'explorer les associations sous-tendant les croyances dysfonctionnelles dans différents états psychopathologiques (De Houwer, 2002).

Il faut cependant relever que, même si les mesures subjectives d'auto-évaluation présentent des limites importantes, elles ne doivent pas être complètement rejetées, car le recours à l'introspection peut s'avérer utile dans l'identification de certains phénomènes, comme par exemple les états de conscience associés à la récupération en mémoire (étude précédemment décrite de D'Argembeau et al., 2003, sur la mémoire des visages et leurs expressions faciales dans l'anxiété sociale) ou des aspects psychopathologiques qui n'ont pas de manifestations comportementales explicites (comme les obsessions des patients TOC). Plus généralement, il s'agit de déterminer le type d'information que peut ou non fournir l'introspection, et ce, dans le contexte d'un pluralisme méthodologique (McNally, 2001).

Références

- Broadbent DE, Cooper PF, FitzGerald P, Parkes KR. The cognitive failures questionnaire (CFQ) and its correlates. *British Journal of Clinical Psychology* 1982 ; 21 : 1-16.

- Buckley TC, Blanchard EB, Hickling EJ. Automatic and strategic processing of threat stimuli : a comparison between PTSD, panic disorder, and nonanxiety controls. *Cognitive Therapy and Research* 2002 ; 26 : 97-115.
- Burgess PW, Shallice T. Response suppression, initiation and strategy use following frontal lobe lesions. *Neuropsychologia* 1996 ; 34 : 263-73.
- Ceschi G, Van der Linden M, Dunker D, Perroud A, Brédart S. Further exploration of memory bias in compulsive washers. *Behaviour Research and Therapy* 2003 ; 41 : 737-48.
- Ceschi G, Zermatten A, Van der Linden M. Processus et contenus cognitifs dans l'anxiété. In : Van der Linden M, Ceschi G, Eds. *Traité de psychopathologie cognitive*. Marseille : Solal ; à paraître (2005).
- Clark DM, McManus F. Information processing in social phobia. *Biological Psychiatry* 2002 ; 51 : 92-100.
- D'Argembeau A, Van der Linden M. La phobie sociale. In : Van der Linden M, Ceschi G, Eds. *Traité de psychopathologie cognitive*. Marseille : Solal ; à paraître (2005).
- D'Argembeau A, Van der Linden M, Comblain C, Étienne AM. The effects of happy and angry expressions on identity and expression memory for unfamiliar faces. *Cognition and Emotion* 2003 ; 17 : 609-22.
- D'Argembeau A, Van der Linden M, Étienne AM, Comblain C. Identity and expression memory for happy and angry faces in social anxiety. *Acta Psychologica* 2003 ; 114 : 1-15.
- De Houwer J. The Implicit association test as a tool for studying dysfunctional associations in psychopathology : strengths and limitations. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2002 ; 33 : 115-33.
- Derryberry D, Reed MA. Anxiety-related attentional biases and their regulation by attentional control. *Journal of Abnormal Psychology* 2002 ; 111 : 225-36.
- Ecker W, Engelkamp J. Memory for actions in obsessive-compulsive disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 1995 ; 23 : 349-71.
- Egloff B, Schmukle SC. Predictive validity of an implicit association test for assessing anxiety. *Manuscrit soumis pour publication* 2002 ; 1-49.
- Egloff B, Wilhelm FH, Neubauer DH, Mauss IB, Gross JJ. Implicit anxiety measure predicts cardiovascular reactivity to an evaluated speaking task. *Emotion* 2002 ; 2 : 3-11.
- Fernandez-Duque D, Posner M. Brain imaging of attentional networks in normal and pathological states. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 2001 ; 23 : 74-93.
- Friedman NP, Miyake A. The relations among inhibition and interference control functions : a latent variable analysis. *Journal of Experimental Psychology : General* 2004 ; 133 : 101-35.
- Gardiner JM, Richardson-Klavehn A. Remembering and knowing. In : Tulving E, Craik FIM, Eds. *The Oxford Handbook of Memory*. Oxford : Oxford University Press ; 2000. p. 229-44.
- Greenwald AG, Farnham SD. Using the implicit association test to measure self-esteem and self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology* 2000 ; 79 : 1022-38.
- Greenwald AG, McGhee DE, Schwartz JLK. Measuring individual differences in implicit cognition : The implicit association test. *Journal of Personality and Social Psychology* 1998 ; 74 : 1464-80.
- MacLeod C. Cognition in clinical psychology : measures, methods or models ? *Behaviour Change* 1993 ; 10 : 169-95.
- MacLeod C, Mathews A, Tata P. Attentional bias in emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology* 1986 ; 95 : 15-20.
- McNally RJ. On the scientific status of cognitive appraisals models of anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy* 2001 ; 39 : 513-21.
- Rachman S. Some similarities and differences between obsessional ruminations and morbid preoccupations. *Canadian Psychiatric Association Journal* 1973 ; 18 : 71-4.
- Radomsky AS, Rachman S. Memory bias in obsessive-compulsive disorder (OCD). *Behaviour Research and Therapy* 1999 ; 37 : 605-18.
- Tallis F. *Obsessive-compulsive disorder. A cognitive and neuropsychological perspective*. Chichester, England : Wiley ; 1995.

- Van der Linden M, Ceschi G, Zermatten A, Dunker D, Perroud A. Investigation of response inhibition in obsessive-compulsive disorder using the Hayling task. *Journal of the International Neuropsychological Society* 2004, soumis.
- Van der Linden M, Ceschi G. *Traité de psychopathologie cognitive*. 2005. Marseille : Solal, à paraître.
- Wallace ST, Alden LE. Social anxiety and standard setting following social success or failure. *Cognitive Therapy and Research* 1995 ; 6 : 613-31.
- Wegner DM, Zanakos S. Chronic thought suppression. *Journal of Personality* 1994 ; 62 : 615-40.
- Williams JM, Mathews A, MacLeod C. The emotional stroop task and psychopathology. *Psychol Bull* 1996 ; 120 : 3-24.
- Zermatten A, Van der Linden M, Larøi F, Ceschi G. Motor memory and reality monitoring in checking-prone individuals. Communication affichée présentée au Annual Congress of the European Association for Behavioural and Cognitive Therapies. Manchester, England ; 2004.

Anxiété, anxiolytiques et troubles cognitifs
Éditeur : Stéphanie Honoré
Chef de projet : Muriel Chabert
Conception graphique et maquette de couverture : Luc Fornarelli

© 2004 Elsevier SAS. Tous droits réservés.
23, rue Linois, 75724 Paris cedex 15
<http://france.elsevier.com>

L'éditeur ne pourra être tenu pour responsable de tout incident ou accident, tant aux personnes qu'aux biens, qui pourrait résulter soit de sa négligence, soit de l'utilisation de tous produits, méthodes, instructions ou idées décrits dans la publication. En raison de l'évolution rapide de la science médicale, l'éditeur recommande qu'une vérification extérieure intervienne pour les diagnostics et la posologie.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays. En application de la loi du 1^{er} juillet 1992, il est interdit de reproduire, même partiellement, la présente publication sans l'autorisation de l'éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).

All rights reserved. No part of this publication may be translated, reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any other electronic means, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without prior permission of the publisher.

Imprimé en France par Bialec SA, 54000 Nancy
Dépôt légal : Novembre 2004 - N° 61620

ISBN : 2-84299-660-7

Compte rendu du symposium

Anxiété, anxiolytiques et troubles cognitifs

Paris - Sofitel Bercy
Le 26 mars 2004

Président : Maurice Ferreri

Modérateurs : Hervé Allain, Philippe Nuss, Rémy Schlichter

Intervenants : Yvette Akwa, Catherine Belzung, Olivier Blin,
Michel Bourin, Charles-Siegfried Perreti, Joëlle Proust,
Martial Van der Linden, Pierre Vidailhet