

VOIR LES CHOSES AUTREMENT : COMMENT LA TCC PEUT SOULAGER L'ANXIÉTÉ

Tania Lecomte¹ et Chanelle Lefebvre²

¹ Département de psychologie, Université de Montréal et CR-IUSMM

² Département de psychologie, Université du Québec à Montréal

La thérapie cognitive et comportementale (TCC) est l'une des thérapies les plus utilisées dans le traitement de l'anxiété. Les auteurs divisent généralement la TCC en trois grandes vagues, la première plus comportementale, la seconde plus cognitive, et la troisième incluant des principes bouddhistes comme la pleine conscience. Cet article se concentrera sur la deuxième vague, apparue dans les années 60, qui se caractérise par l'émergence de thérapies cognitives visant la modification des pensées et des cognitions. L'article se divise en quatre sections : les modèles cognitifs les plus influents, les modèles cognitifs récents, l'efficacité de la TCC pour le traitement des troubles anxieux, les applications concrètes et les nouvelles percées de la recherche.

Modèles cognitifs influents

La TCC est généralement une thérapie brève, centrée sur la modification des pensées et sur l'acquisition de nouvelles habiletés, visant le changement des réponses émotionnelles inadéquates. Parmi les thérapies étudiées, la TCC est reconnue comme étant la plus efficace pour le traitement de l'anxiété, que ce soit les phobies simples, l'anxiété sociale, ou encore l'anxiété généralisée (Butler et al., 2006).

Mots-clés : TCC, anxiété, modèles, avancées.

Correspondance : Tania Lecomte, Département de psychologie Université de Montréal Pavillon Marie-Victorin, C. P. 6128, succursale Centre-ville, Montréal (Québec), H3C 3J7. Courriel : tania.lecomte@umontreal.ca. Téléphone : (514) 343-6274.

© 2022. Association Scientifique pour la Modification du Comportement. Tous droits réservés. www.science-comportement.org

Avant d'aborder plus en détails le traitement de l'anxiété par la TCC, il est toutefois important de distinguer le stress de l'anxiété. Une personne vit du stress lorsqu'elle est confrontée à une menace réelle (p.ex., réelle possibilité de perdre son emploi car la compagnie fait des mises à pied massives). L'anxiété réfère plutôt à une surévaluation de la menace (p.ex., tout va bien et le patron demande une rencontre dans son bureau pour discuter d'un projet mais la personne a peur de perdre son emploi). Cette anxiété, irrationnelle, peut entraîner chez la personne de la peur, de la panique, des inquiétudes et même de l'évitement de la situation jugée anxiogène. La menace se retrouve au sein de plusieurs troubles psychologiques, comme les troubles anxieux, la paranoïa ou le trouble obsessionnel-compulsif. La réponse à la menace, pouvant être qualifiée de transdiagnostique, se décline de la façon suivante : un déclencheur (par ex., un événement ou une interaction sociale) entraîne la perception d'une menace qui ensuite provoque une pensée anxiogène et une émotion douloureuse, amenant l'individu à adopter des comportements d'évitement. Un trouble anxieux se développe lorsque la personne accorde de plus en plus d'importance aux pensées (ou à certaines croyances spécifiques) et aux émotions anxiogènes, et adopte des comportements en lien avec ces pensées. Ainsi, selon le modèle cognitif de la TCC deuxième vague, les cognitions de l'individu sont au centre du développement et du maintien d'un trouble anxieux.

Plusieurs auteurs se sont intéressés à identifier les cognitions liées à certains troubles, comme l'anxiété et la dépression. Ainsi, nous retrouvons différents modèles explicatifs, comme ceux d'Aaron Beck, de Jeffrey Young et d'Albert Ellis. Beck (1979) distingue

trois variables cognitives : les biais cognitifs, les pensées automatiques et les schémas cognitifs. La thérapie cognitive de Beck vise à remplacer les pensées automatiques par des pensées alternatives, plus souples, plus fonctionnelles? Les biais cognitifs, aussi appelés distorsions cognitives, sont des distorsions de la pensée qui amènent l'individu à percevoir la réalité en accord avec ces schémas de base. Un exemple de biais cognitif est la pensée 'tout ou rien' qui amène l'individu à voir les situations d'un extrême à l'autre, sans nuance. Les pensées automatiques sont les cognitions qui précèdent et provoquent les émotions de l'individu. Ces pensées découlent des biais et des schémas cognitifs. Les pensées automatiques peuvent devenir conscientes si l'individu s'attarde au discours intérieur qui précède l'émergence des émotions. Aaron Beck a élaboré la thérapie cognitive afin d'aider la personne à prendre conscience de ses pensées inadaptées et à les remplacer par des pensées plus adaptées. Idéalement, la thérapie vise aussi à augmenter la conscience des schémas cognitifs inadaptés sous-jacents aux pensées inadaptées.

Un schéma est quant à lui un ensemble de croyances constituant la compréhension de soi, des autres et du monde. Les schémas sont basés sur les expériences de vie de la personne et sur son analyse, souvent biaisée, des situations. Ces schémas sont inconscients, se bâtissent généralement durant l'enfance et évoluent au fil des expériences de vie. Par exemple, une personne peut croire que le monde est dangereux ou qu'elle peut se faire abandonner à tout moment. Beck propose une composante développementale dans son modèle cognitif (1979). Malgré une faible composante génétique de l'anxiété, 11% à 13% selon les études, il existe tout de même une contribution des vulnérabilités génétiques dans le développement des troubles anxieux. Ainsi, le développement d'un trouble chez l'individu est le produit de l'interaction entre des traits génétiques et les influences environnementales. Selon ce modèle, les périodes de stress peuvent activer chez l'individu ses schémas douloureux et dysfonctionnels qui vont entraîner des pensées automatiques et des biais cognitifs. Ainsi, un individu n'est pas constamment habité par des biais cognitifs, ceux-ci sont plutôt présents lors de situations de vulnérabilité.

Jeffrey Young (1999) s'est particulièrement intéressé aux schémas et a élaboré une théorie stipulant que les troubles de l'individu sont liés à ses schémas cognitifs inadaptés qui viennent teinter sa réalité. Selon Young, il existe 18 types de schémas et une personne peut avoir plusieurs de ces schémas à différents niveaux. En thérapie, le patient identifie les différents schémas

auxquels il adhère et travaille à la modification de ceux-ci.

Albert Ellis (1994) a quant à lui élaboré la thérapie rationnelle émotive qui se base sur son modèle ABC. Ce modèle propose que les événements déclencheurs (A) n'entraînent pas en eux-mêmes des conséquences émotionnelles, comportementales ou cognitives (C) chez l'individu. En fait, ce sont plutôt les perceptions et les interprétations (B) de l'événement qui provoquent les conséquences. Selon le modèle d'Ellis, les événements (A) entraînent des attitudes rationnelles ou irrationnelles (B) qui provoquent des conséquences ou des comportements (C). Par exemple, une personne est triste (C) parce qu'elle croit que son amie ne veut plus lui parler (B) puisque celle-ci ne répond pas au téléphone (A). Ainsi, il est impératif d'intervenir sur les attitudes de l'individu puisque ce sont celles-ci qui provoquent les conséquences. L'objectif de la thérapie est de remplacer les attitudes irrationnelles par des attitudes rationnelles, ce qui aura un effet sur les conséquences. Quoique la thérapie rationnelle émotive soit peu utilisée dans sa formule d'origine aujourd'hui, le modèle ABC est fortement intégré et utilisé dans la plupart des thérapies cognitive comportementales de deuxième vague.

Modèles cognitifs récents

Clark et Beck (2010) proposent depuis quelques années un modèle révisé du modèle cognitif d'origine de Beck. Ce nouveau modèle inclut les récentes découvertes sur les processus neurophysiologiques liés à l'anxiété. Selon ce modèle, lorsque des événements déclencheurs se produisent, ceux-ci agissent sur la vulnérabilité de l'individu (sa génétique et sa personnalité) ce qui peut entraîner l'activation d'un schéma cognitif inadapté. L'activation d'un schéma inadapté entraîne une hyperactivation de l'amygdale, de l'hippocampe et une altération du cortex préfrontal ventromédial. En réponse à l'activation d'un schéma inadapté, le cerveau active ou inhibe un système de contrôle cognitif basé sur des règles et des structures corticales d'ordre supérieur (soit les régions responsables pour les associations). L'inhibition du système de contrôle cognitif entraîne un processus de réflexion impliquant l'inhibition du cortex cingulaire antérieur, du cortex préfrontal médian et latéral, et du cortex orbitofrontal. Inversement, l'activation du système entraîne un processus de réflexion impliquant l'activation de ces structures. Lorsque le système de contrôle est inhibé, l'individu utilise des stratégies d'adaptation inefficaces et d'évitement, ce qui entraîne des symptômes dépressifs et anxieux. Inversement, lorsque le système est activé, l'individu utilise des

stratégies d'adaptation efficaces et vit un soulagement sans la présence de symptômes dépressifs ou anxieux.

Quoique non-spécifique à l'anxiété, le modèle cognitif de la menace et d'anticipation des délires paranoïdes de Freeman (2007) est aussi pertinent pour mieux comprendre les processus cognitifs impliqués dans la réponse à une menace (tel que retrouvé dans l'anxiété). Selon ce modèle, un précipitant entraîne trois composantes qui interagissent entre elles : une réponse physiologique (p.ex., accélération de la respiration), des biais cognitifs (p.ex., la pensée dichotomique), ainsi que des émotions et des croyances qui sont basées sur les expériences antérieures de l'individu (les schémas). Par la suite, l'individu cherche un sens à la situation et tente d'expliquer celle-ci en l'interprétant comme étant une menace. Ainsi, les croyances dysfonctionnelles générées par la perception d'une menace amènent la personne à vivre de la détresse psychologique. Freeman (2016), plus récemment, propose un autre modèle incluant la recherche de sécurité, expliquant ainsi le maintien de ces croyances. Selon lui, les croyances liées à une perception de danger sont maintenues par six facteurs pouvant être travaillés en thérapie : l'inquiétude, les croyances négatives envers soi, les expériences sensorielles d'hyperactivation ou de nervosité, les troubles du sommeil, les biais cognitifs, et les comportements de recherche de sécurité. L'inquiétude amène l'individu à s'imaginer des scénarios improbables, ce qui augmente la détresse et les expériences sensorielles perçues comme inquiétantes (p.ex., augmentation du rythme cardiaque). Les croyances négatives envers soi amènent l'individu à penser qu'il ne peut pas gérer son inquiétude et les biais cognitifs l'empêchent d'envisager des pensées alternatives. Les individus vivant de l'anxiété ou de la peur vont souvent souffrir d'un trouble du sommeil, ce qui peut exacerber les symptômes et détériorer leur humeur. Enfin, l'individu émet des comportements de recherche de sécurité, comme des comportements d'évitement, ce qui l'empêche d'être exposé à des preuves infirmant ses hypothèses. Ainsi, en thérapie, il est impératif de travailler sur ces six facteurs de maintien.

Efficacité de la TCC pour le traitement des troubles anxieux

La TCC intègre deux grandes composantes : l'exposition et la restructuration cognitive (Chaloult, 2008). L'exposition consiste à exposer graduellement l'individu au stimulus anxiogène afin de briser l'association entre l'objet de peur et l'anxiété. En effet, lorsque l'on expose un individu à un stimulus anxiogène, l'anxiété de celui-ci augmente et redescend naturellement après un certain temps par un processus d'habituation. L'habituation est un processus menant

un organisme (ici l'humain) à cesser de répondre à un stimulus qui lui est présenté de façon répétée (Malcuit, Pomerleau et Maurice, 1995). Au fil des séances d'exposition, l'individu apprend à tolérer de plus en plus les symptômes liés à l'anxiété jusqu'à ne plus les ressentir lorsqu'exposé à l'objet de peur. La restructuration cognitive consiste à identifier les pensées et cognitions inadaptées et à les remplacer par des pensées et des cognitions adaptées. Une recension des écrits (Kaczurkin et Foa, 2015) s'est intéressée à déterminer quelle composante est la plus efficace pour le traitement de différents troubles anxieux. Cette recension montre que la TCC combinant les deux composantes semble plus efficace pour le traitement de la plupart des troubles anxieux que l'utilisation de l'exposition ou de la restructuration cognitive seule. Seulement pour les cas de phobie simple, l'utilisation de l'exposition seule est aussi efficace que la TCC combinée. Une méta-analyse (Carpenter *et al.*, 2018) incluant 41 études s'est intéressée à comparer l'efficacité de la TCC et d'un traitement actif ou un placebo pour le traitement des troubles anxieux (p.ex., trouble d'anxiété généralisée, trouble obsessionnel-compulsif, trouble de stress post-traumatique). Les résultats montrent que la TCC est plus efficace que le traitement actif ou un placebo, avec une taille d'effet moyenne (Hedges' $g = 0.56$).

Applications concrètes

Afin d'illustrer l'application de la TCC deuxième vague, voici un exemple clinique fictif :

Léonie, 17 ans, navigue sur Instagram. Lorsqu'elle voit une photo d'un chien, elle ressent des palpitations cardiaques, de la nausée et de la peur. Léonie n'a pas peur des chiens. Comment expliquer qu'elle ressent ces réactions d'anxiété? En explorant avec elle, Léonie explique que sa famille a acheté un chien pendant la pandémie de la COVID-19. Sa mère n'était pas très enchantée d'avoir un nouvel animal de compagnie puisqu'elle craignait d'en prendre soin majoritairement seule. Pendant la pandémie, son père a obtenu un nouvel emploi et travaille très tard le soir. Puisque ses frères et sœurs vont à l'école, sa mère s'occupe du chien seule et dit être très fatiguée. Léonie entend régulièrement sa mère dire à son père qu'elle est épuisée et qu'elle doit toujours prendre soin du chien. Ainsi, Léonie ressent de l'anxiété et de l'impuissance puisqu'elle croit que ses parents pourraient divorcer. En thérapie, il devient essentiel de vérifier les preuves et le risque réel concernant la réalisation de cet événement. Lorsque Léonie est questionnée, elle révèle que ses parents sont ensemble depuis 20 ans et qu'ils ont traversé des épreuves plus difficiles que celle-ci. D'ailleurs, ceux-ci n'ont jamais dit vouloir divorcer. Aussi, Léonie mentionne que sa

mère aime beaucoup le chien et qu'elle joue souvent avec lui. En explorant, on observe qu'il n'y a pas de preuves soutenant le risque d'une éventuelle séparation. Puisque Léonie n'a pas réellement peur des chiens, l'exposition n'est pas nécessaire. Pour diminuer son anxiété, elle doit prendre conscience des pensées irrationnelles qu'elle associe à l'image du chien (c'est-à-dire divorce de ses parents) et vérifier si des faits soutiennent sa pensée. Elle pourra aussi se rappeler du plaisir que sa mère a souvent avec le chien et ainsi elle pourra créer une nouvelle association lorsqu'elle voit une image de chien. Une autre cible thérapeutique pourrait être de diminuer son sentiment d'impuissance face aux conflits de ses parents en lien au chien. Comment peut-elle aider dans cette situation? Léonie propose de faire marcher le chien de temps à autre afin de diminuer la fatigue et le stress de sa mère.

Voici un autre exemple fictif, qui cible l'anxiété sociale :

Théo n'aime pas être en groupe, il craint qu'on se moque de lui, qu'on le trouve bizarre ou gros. Lorsque quelqu'un lui adresse la parole, il éprouve de la difficulté à parler puisqu'il se sent tout de suite jugé. En thérapie, sa thérapeute l'encourage à vérifier les faits et les preuves. A-t-il entendu des gens rire ou dire des commentaires négatifs à son égard? Est-il la seule personne ayant un surpoids à Montréal? Théo avoue qu'en effet, il n'est pas le seul en surpoids et qu'il n'a jamais entendu des gens rire de lui. Il est également important d'envisager des explications alternatives à ses pensées. Pourquoi quelqu'un voudrait-il engager une conversation avec lui, outre que pour se moquer de lui? Est-ce possible qu'il se juge lui-même et qu'il a l'impression que les autres aussi le font? Théo explique qu'un homme âgé lui a adressé la parole alors qu'il attendait une commande au restaurant. Il mentionne que cet homme avait peut-être besoin de parler par ennui et non parce qu'il voulait rire de lui. Ces questionnements et la réalisation de ses propres biais cognitifs l'amènent à rire de soulagement. Théo arrive également à faire de l'introspection, et, notamment il demande à travailler sur son estime de soi. Ainsi, il réalise que ce n'est pas le regard des autres mais plutôt son propre jugement de lui-même (et sa perception d'être trop gros) qui sont liés à son anxiété.

Selon l'approche transdiagnostique, les troubles psychotiques sont issus de processus semblables. Ainsi, les troubles anxieux et les troubles psychotiques peuvent être traités de façon similaire. À titre d'exemple, Sarah a peur de contaminer les autres avec son énergie négative (qu'elle dégagerait et qui serait perceptible à plusieurs mètres) et croit que les autres

peuvent aussi la contaminer. En thérapie, sa thérapeute l'encourage à vérifier les faits et les preuves soutenant cette croyance. Sarah avoue qu'elle n'a jamais ressenti d'effets négatifs du transfert d'énergie et que les autres n'ont jamais rapporté avoir vécu de tels effets non plus. Cette réalisation l'apaise et l'aide à se calmer lorsque sa crainte revient. Peu importe qu'il s'agisse d'un trouble anxieux ou psychotique, il est également important de s'informer du sommeil de la personne car cela peut accentuer ses préoccupations. Ainsi, dans cet exemple, Sarah apprend à se dire qu'il est normal pour elle d'être plus craintive face aux énergies des autres aujourd'hui car elle a eu une mauvaise nuit. Aussi, on demande à Sarah ce qui l'aiderait à se sentir en sécurité. Il ne s'agit pas ici de faire de l'évitement, mais bien de mettre en place des stratégies qui lui permettraient de se sentir plus en sécurité et de faire ce qui est important pour elle au quotidien. Dans le cas de Sarah, elle considère que de prendre le temps de se calmer, de prendre une tisane et de parler à sa mère au téléphone avant de sortir de son appartement, l'aident à se rappeler l'absence d'une menace réelle.

Comment cela fonctionne?

Il est important de mentionner que les techniques ou stratégies proposées dans le cadre d'une TCC ne fonctionnent qu'en contexte d'une bonne alliance thérapeutique (c'est-à-dire une relation de confiance avec un psychothérapeute), et que celles-ci doivent être utilisées de façon consciente et réfléchie. En séance individuelle, le thérapeute doit établir une bonne alliance avec son client, en créant la confiance, un sentiment de sécurité, un lien solide, et en s'entendant sur les buts visés par la thérapie. En contexte de TCC de groupe, il est important de créer une bonne cohésion entre les membres. La cohésion inclut l'alliance avec ou les psychothérapeutes, mais aussi un sentiment d'être un membre important du groupe et d'apprécier la contribution des autres membres. La relation de confiance, tant en individuel qu'en groupe, est essentielle au travail thérapeutique - en fait elle constitue le filet de sécurité nécessaire (*sine qua non*), car il est très difficile pour toute personne de changer ses comportements ou croyances, même si ceux-ci sont inadaptés.

Nouvelles percées

Plusieurs chercheurs (Moritz et al., 2007; Khazaal et al., 2011) proposent de nouvelles avenues issues de la TCC pour modifier les biais cognitifs. À titre d'exemple, Khazaal *et al.* (2011) ont élaboré un jeu de cartes en français nommé « Michael's game », notamment utilisé auprès de patients ayant des troubles psychotiques. Dans ce jeu, le personnage principal Michael vit plusieurs situations et se pose des

questions sur celles-ci. En groupe, les participants doivent tenter de répondre aux questions ou de valider les interprétations du personnage. Il existe trois types de situations : les situations non émotionnelles et non psychotiques, les situations émotionnelles et non psychotiques, et les situations psychotiques. Le but du jeu est de fournir des hypothèses alternatives aux pensées initiales et d'identifier les conséquences émotionnelles et comportementales des différentes hypothèses. Le but ultime est d'apprendre aux participants à douter et à se questionner pour ensuite pouvoir appliquer ces stratégies dans leur vie, au quotidien. Il s'agit d'un jeu ludique, sans jugement et favorisant une belle cohésion de groupe.

D'autres chercheurs (Moritz *et al.*, 2007) ont élaboré un programme en groupe d'entraînement à la modification des biais cognitifs nommé « metacognitive training ou MCT » s'adressant aux personnes souffrant de schizophrénie. Ce programme comporte huit modules de soixante minutes qui consistent à explorer différents biais cognitifs typiques. Il ne s'agit pas de travailler sur les biais spécifiques de chacun des participants, mais plutôt de travailler de manière plus générale sur la modification des biais que l'on retrouve souvent auprès des personnes anxieuses, déprimées ou psychotiques. Chaque module comporte des informations scientifiques, des exercices et des situations fictives. Le programme est disponible en français gratuitement sur leur site.

Notre équipe a aussi récemment créé un entraînement par ordinateur afin de modifier les biais attentionnels reliés à la reconnaissance des émotions dans l'anxiété sociale (voir : www.lespoir.ca). Les personnes souffrant d'anxiété sociale ont tendance à regarder la bouche et non les yeux pour reconnaître les émotions, interprétant ainsi souvent les visages neutres comme étant menaçants. Le programme consiste à regarder des avatars qui forcent le participant à poser son attention sur différentes parties du visage pour l'interprétation des émotions. Nous avons également créé une application mobile appelée « Chill Time » proposant différentes stratégies d'adaptations au stress (coping) et aux émotions difficiles, utilisant des stratégies de deuxième et de troisième vague de la TCC (ChillTime de Psyxnovation est disponible sur Google play et bientôt sur Apple Store). Malgré que ces technologies soient toujours sous étude, les résultats préliminaires à ce jour sont très prometteurs.

Bien que la technologie ait ses limites, celle-ci devient particulièrement intéressante à utiliser auprès des personnes souffrant d'anxiété sévère. Les personnes souffrant d'anxiété sociale par exemple, ont de la difficulté à quitter leur logement afin de faire une

psychothérapie en face à face. Ainsi, une téléthérapie pourrait permettre à la personne d'amorcer une première étape qui pourrait évoluer et éventuellement amener la personne à venir à la psychothérapie devenir en face à face, dans le même bureau. Même les thérapies de groupe s'offrent maintenant en téléthérapie et offrent des résultats prometteurs.

Conclusion

Depuis quelques années, la TCC est de plus en plus holistique. On constate que les psychothérapeutes utilisent rarement des outils provenant d'une seule vague, privilégiant souvent l'utilisation d'outils de toutes les vagues de la TCC, intégrant ainsi la restructuration cognitive et l'exposition à l'acceptation et la pleine conscience. Enfin, les psychothérapeutes vont aussi soutenir leurs clients à s'activer au niveau comportemental, au quotidien, afin de favoriser le changement. Les psychothérapeutes vont également tenir compte de l'hygiène de vie qui est particulièrement importante pour maintenir un équilibre mental. En effet, l'activité physique, le sommeil et une alimentation saine sont essentiels pour favoriser une bonne santé mentale. Bref, la psychothérapie TCC de deuxième vague, malgré qu'elle ait déjà 60 ans, continue d'évoluer et d'être pertinente pour le traitement de l'anxiété, ainsi que pour d'autres troubles seuls ou concomitants.

Références

- Beck, A. T. (Ed.). (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- Carpenter, J. K., Andrews, L. A., Witcraft, S. M., Powers, M. B., Smits, J. A., et Hofmann, S. G. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depression and Anxiety*, 35(6), 502-514.
- Chalout, L. (2008). *La thérapie cognitivo-comportementale: théorie et pratique*. G. Morin.
- Clark, D. A., et Beck, A. T. (2010). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. *Trends in Cognitive Sciences*, 14(9), 418-424.

- Ellis, A. (1994) *Reason and Emotion in Psychotherapy: Comprehensive Method of Treating Human Disturbances: Revised and Updated*. New York, NY: Citadel Press
- Freeman, D. (2007). Suspicious minds: the psychology of persecutory delusions. *Clinical Psychology Review*, 27(4), 425-457.
- Freeman, D., Waite, F., Emsley, R., Kingdon, D., Davies, L., Fitzpatrick, R., et Dunn, G. (2016). The efficacy of a new translational treatment for persecutory delusions: study protocol for a randomised controlled trial (The Feeling Safe Study). *Trials*, 17(1), 1-8.
- Kaczurkin, A. N., et Foa, E. B. (2015). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 337.
- Khazaal, Y., Favrod, J., Azoulay, S., Finot, S. C., Bernabotto, M., Raffard, S., et Pomini, V. (2011). "Michael's Game," a card game for the treatment of psychotic symptoms. *Patient education and counseling*, 83(2), 210-216.
- Malcuit, G., Pomerleau, A., et Maurice, P. (1995). *Psychologie de l'apprentissage: Termes et concepts*. Edisem, Maloine, Québec, Canada.
- Moritz, S., Woodward, T. S., et Metacognition Study Group. (2007). *Metacognitive training for patients with schizophrenia (MCT)*. Manual. Hamburg: VanHam Campus Verlag.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.