

A propos de l'atelier de perfectionnement ASPCo de Bernard PASCAL du

16.04.2010 sur le thème

«LA THERAPIE DES SCHEMAS DE JEFFREY E. YOUNG »

Bernard Pascal est médecin et psychothérapeute cognitivo-comportementaliste à Grenoble et c'est grâce à son initiative que nous pouvons aujourd'hui lire la « bible » De Jeffrey E. Young « La thérapie des schémas » en Français (2005), puisqu'il en est le traducteur.

J.Young , élève de A.T. Beck, commence à élaborer la thérapie des schémas dans les années 80 quand il va travailler à New-York et rencontre dans sa clientèle un grand nombre de troubles de la personnalité. L'aboutissement de ses travaux voit le jour dans les années 1990 avec un premier livre en 1994, puis une version sous forme d'un manuel thérapeutique en 2003.

J. Young a développé la thérapie des schémas en s'adressant plus particulièrement aux troubles de la personnalité borderline mais aujourd'hui cette méthode s'est étendue à un grand nombre d'autres indications.

Etant formée à la thérapie dialectique comportementale, c'est avec grand intérêt que je me rends à cet atelier avec deux principales attentes. J'ai, depuis qu'il est sorti en Français, ce gros manuel dans ma bibliothèque et j'ai déjà lu plusieurs chapitres et même pratiqué certaines techniques émotionnelles avec mes patients. Je ne suis donc pas totalement « naïve » à la thérapie des schémas mais en vérité, je me suis souvent perdue parmi les 18 schémas précoces inadaptés, les 10 modes de schémas et les 3 styles d'adaptation dysfonctionnels. J'attends donc de l'atelier d'y voir un peu plus clair concernant ces différents concepts et donc dans la conceptualisation des cas. De plus, je suis toujours avide pour ma pratique d'enrichir ma boîte à outil de techniques qui me permettent de travailler directement sur les émotions. Je me réjouis donc d'en savoir un peu plus sur les techniques d'imageries et de re-parentage proposées par J. Young.

B. Pascal commence par nous expliquer que la thérapie des schémas, même si elle est principalement issue de la thérapie cognitivo-comportementale, se veut être une méthode intégrative qui utilise aussi des techniques venant de la psychodynamique (outils relationnels), de la Gestalt thérapie (techniques émotionnelles) et des théories de l'attachement (Bowlby). Elle utilise donc des techniques cognitives, émotionnelles, comportementales et relationnelles. C'est une thérapie structurée où le thérapeute est actif et directif.

B. Pascal commence par reprendre la notion de schéma pour nous sensibiliser aux différences entre la notion de schéma chez Beck et chez Young. Comme chez Beck, chez Young la notion de schéma précoce inadapté représente un thème important et envahissant pour l'individu. Il

consiste en un ensemble de souvenirs, de cognitions, de sensations corporelles et d'émotions concernant soi-même et ses relations avec les autres. Ils se constituent au cours de l'enfance et de l'adolescence, et sont enrichis tout au long de la vie. La différence essentielle résidant dans le fait que pour Beck, le schéma dysfonctionnel est une croyance profonde (« Je suis indigne d'être aimée ») alors que chez Young, cette croyance centrale n'est qu'un élément du schéma (Imperfection ou Abandon par exemple). Je cite J.E. Young : « *Un schéma n'est pas seulement une croyance dont vous pouvez parler à quelqu'un d'autre au niveau du raisonnement logique, c'est une partie de son identité, une partie de sa conscience de soi* ». Cette origine infantile du schéma se forme souvent avant l'acquisition du langage, c'est pourquoi les schémas précoces ont une origine inconsciente (non verbale), basée principalement sur une impression, une ambiance, un climat émotionnel.

Puis, nous passons à quelques notions de neurosciences concernant les émotions afin de comprendre comment et sur quelle région du cerveau pourrait intervenir la thérapie des schémas. Le schéma est encodé en un réseau de connexions. Ce réseau encode des associations entre des souvenirs d'évènements anciens, des sensations corporelles, des émotions et des cognitions. Ils existeraient non pas un seul mais plusieurs systèmes émotionnels dans le cerveau. Selon les travaux de LeDoux (1996), lors du stockage en mémoire d'évènements traumatiques, les souvenirs seraient pris en charge par différents systèmes. La partie consciente (cognitive) des souvenirs est prise en charge par des systèmes mettant en jeu *l'hippocampe et les aires corticales* qui lui sont liées (néocortex), alors que la partie inconsciente (émotionnelle) serait prise en charge par *l'amygdale*.

Le système amygdalien est rapide et automatique donc les émotions peuvent apparaître avant les cognitions. Ce système est également incapable de discrimination fine. Il suffit donc que la situation actuelle ressemble légèrement à la situation initialement traumatique pour que la réponse conditionnelle émotionnelle apparaisse (le schéma est activé). On comprend donc comment les schémas initialement adaptés deviennent avec le temps inadaptés, puisque la personne réagit à des situations actuellement non traumatiques de la même manière que par le passé (quand elles étaient effectivement traumatiques). Comme l'absence d'oubli des stimuli dangereux est une règle fondamentale pour notre survie, il semble que les souvenirs émotionnels stockés dans l'amygdale soient indélébiles. Il n'est donc probablement pas possible de guérir complètement les schémas.

Que peut donc faire la thérapie des schémas et quel est son rôle ?

Le premier rôle est d'aider le patient à mettre des mots sur son expérience émotionnelle issue du schéma et de l'aider à faire le lien entre la partie inconsciente et consciente de ses souvenirs d'enfance. Ceci par des méthodes émotionnelles qui lui permettent de reconstruire ces images.

L'objectif étant d'amener le sujet, par la compréhension des relations entre ces éléments conscients (cognitifs) et inconscients (émotionnels), à accroître l'exercice de sa volonté sur les mécanismes psychiques soumis aux schémas.

La thérapie a donc pour but d'augmenter le contrôle des schémas par la conscience et d'affaiblir les souvenirs, les émotions, les sensations corporelles, les cognitions et enfin de changer les réponses adaptatives dysfonctionnelles (stratégies comportementales) associées aux schémas. Dans une situation de vie où le schéma sera réactivé, le sujet vivra donc la réaction émotionnelle avec moins d'intensité et plus de distance et pourra alors mieux choisir le comportement qu'il voudra adopter, agir de manière moins impulsive et être ainsi plus efficace et mieux adapté. Le sujet pourra alors arrêter d'être au service de ses schémas pour enfin s'occuper de manière efficace de ses besoins fondamentaux et développer « *une vie qui vaut la peine d'être vécue* » pour reprendre les propos de M. Linehan.

Comme le signale LeDoux : « *Le mieux que nous puissions espérer faire en psychothérapie, c'est de réguler l'expression des souvenirs émotionnels de l'amygdale en permettant au cortex de la contrôler* ».

Nous en venons alors à la question de l'interaction avec l'environnement et de son rôle dans la construction des schémas inadaptés. Selon Young, l'être humain dans son enfance a besoin que ses besoins affectifs fondamentaux soient comblés. Si ces besoins sont trop carencés, la personne va développer des schémas dysfonctionnels. Dans cette thérapie, nous allons donc insister sur l'exploration de l'origine des problèmes (Young a mis d'ailleurs au point un moyen pour cela, le questionnaire des attitudes parentale). Voici les 5 besoins fondamentaux et leurs influences sur les 18 schémas :

1. Besoin de sécurité lié à l'attachement aux autres
(Hypersensibilité aux séparation et rejets)
 - 1) Abandon/Instabilité
 - 2) Méfiance/Abus
 - 3) Manque affectif
 - 4) Imperfection/Honte
 - 5) Isolement social

2. Besoin d'autonomie, de compétence et d'identité
(Manque d'autonomie et de performance)
 - 6) Dépendance/Incompétence
 - 7) Peur du danger ou de la maladie
 - 8) Fusionnement/personnalité atrophiée
 - 9) Echec

3. Besoin de limites et d'autocontrôle
(Manque de limites)
 - 10) Droits personnels exagérés/grandeur
 - 11) Contrôle de soi/autodiscipline insuffisants

4. Besoins d'exprimer ses besoins et émotions librement
(Orientation excessive vers les autres)
 - 12) Assujettissement

- 13) Abnégation
- 14) Recherche d'approbation et de reconnaissance

5. Besoin de spontanéité et de joie

(Sur-vigilance et inhibition)

- 15) Négativité/pessimisme
- 16) Sur-contrôle émotionnel
- 17) Idéaux exigeants/critique excessive
- 18) Puniton

Les schémas 12, 13, 14, 16 et 17 sont des schémas conditionnels par rapport aux autres qui sont des schémas inconditionnels (développés plus précocement et plus difficiles à assouplir). Ces schémas sont conditionnels dans la mesure où l'enfant peut souvent éviter ce qu'il redoute s'il fait ce qu'on attend de lui : « *Si je fais tout ce que l'autre attend de moi sans montrer que je ne suis pas d'accord, alors il ne me laissera pas tomber* » (Assujettissement/Abandon). En fait, ces schémas conditionnels (stratégiques et secondaires) représentent des tentatives d'adaptation développées à partir de schémas plus centraux (inconditionnels). Concernant ces schémas inconditionnels, quoi que fasse l'enfant, l'issue est négative.

La première phase du traitement consiste donc en la conceptualisation du cas par l'identification des schémas chez le client et à l'identification de ce que Young appelle les styles d'adaptation dysfonctionnels. Ces styles d'adaptation correspondent aux stratégies comportementales que le sujet va mettre en œuvre face à ses schémas. Ils permettent à l'individu de s'adapter aux schémas, tout en évitant de ressentir les émotions intenses et insupportables que ceux-ci engendrent. Chaque personne va utiliser différents styles d'adaptation dans différentes situations, à différentes périodes de sa vie face à un même schéma. L'activation du schéma étant perçue comme une menace, l'individu va réagir à cette menace par 3 types de stratégies comportementales. Soit *la soumission* au schéma qui correspond à la capitulation (obéissance, passivité, dépendance), soit *l'évitement* qui correspond à la fuite (évitement de pensées, d'émotions, de situations par un retrait social, par une addiction, un abus de substance, de la dissociation ou par la recherche de stimulation), soit par *la bataille* qui correspond à la compensation (par de l'agressivité, de la dominance, de la manipulation ou par la recherche de reconnaissance). Toutes ces stratégies adaptatives sont dysfonctionnelles car elles participent à maintenir les schémas de l'individu, ceci au détriment de la satisfaction de ses besoins et de son bien-être.

Enfin, pour finir la conceptualisation, il reste à aider l'individu à préciser ses modes (pour ses schémas concernés) afin qu'il puisse les identifier lorsqu'ils s'activent. Qu'est-ce un mode ? Un mode selon J. Young est l'activation à un moment donné d'un groupe de schémas et de stratégies d'adaptation. Le mode est donc un état (groupe de schémas et de stratégies activés ensemble à un moment donné) alors que le schéma est un trait (qui peut ou non être activé à un moment donné). Le trait nous renseigne donc sur le fonctionnement de la personne à long terme et le mode nous indique l'état actuel de la personne. Il existe 10 modes de schémas divisés en 4 catégories.

1. Les modes de l'enfant
 1. L'enfant vulnérable : abandonné, abusé, privé d'affection, rejeté
 2. L'enfant coléreux : la partie furieuse car les besoins fondamentaux ne sont pas satisfait
 3. L'enfant impulsif/indiscipliné : agit selon ses désirs sans se soucier des conséquences
 4. L'enfant heureux : dont les besoins de base ont été satisfait

2. Les modes « style adaptatifs dysfonctionnels » (qui correspondent aux styles d'adaptation vu plus haut)
 1. Le soumis obéissant : se soumet au schéma, le considère comme vrai
 2. Le protecteur détaché : évite, se distraie et se détache des émotions provoquées par le S
 3. Le compensateur : se bat contre le schéma pour prouver le contraire

3. Les modes du parent dysfonctionnel : se comporte comme le parent qui a été internalisé
 1. Le parent punitif : punit un des modes de l'enfant qui a été « vilain »
 2. Le parent exigeant : qui met sous pression l'enfant pour qu'il se hausse à des normes excessivement élevés

4. Le mode de l'adulte sain : c'est le mode que nous cherchons à renforcer en thérapie des schémas en apprenant à la personne à modérer, à soutenir ou à guérir les autres modes

A ce moment de l'atelier, je repense à certains de mes patients qui souffrent d'un trouble de la personnalité borderline, qui sont par exemple en mode enfant vulnérable et soumis obéissant en thérapie, puis qui passent en mode protecteur détaché en s'alcoolisant, ce qui les fait passer en mode enfant coléreux pour ensuite repasser en mode protecteur détaché en s'automutilant, pour passer en mode parent punitif en se jugeant de façon extrêmement brutale, pour revenir au mode enfant vulnérable ou, quelque fois heureusement, en mode adulte sain ; C'est pourquoi je trouve cette conceptualisation plutôt éclairante pour ma pratique clinique parce qu'elle m'aide à comprendre à quel point il est difficile pour ces patients d'expérimenter une identité globale et stable à cause d'un haut niveau de dissociation qui fait que ces patients ne peuvent être en contact à un moment donné qu'avec une seule partie de leur identité qui les domine alors ; Ceci explique cet emballement et ce tourbillon émotionnel dont ils sont souvent victimes et qui ne peut pas être calmé par la raison. On peut donc bien imaginer leur souffrance et pourquoi il est si difficile pour eux à certains moments d'avoir un comportement logique, constructif et « raisonnable ».

Nous voyons donc que cette première étape diagnostic de la thérapie qui amène à la conceptualisation du cas est riche, complexe et par conséquent longue. B. Pascal nous signale qu'elle nécessite environ 5 séances au minimum. Pour cela, le thérapeute va s'aider de

questionnaire (dont le questionnaire des schémas de J. Young version longue ou version courte), des techniques usuelles en TCC comme la recherche de scénario de vie, la flèche descendante, l'analyse des événements actuels mais aussi par des techniques d'imagerie diagnostique.

Venons-en justement à la partie la plus « chaude » et la plus intéressante de l'atelier, celle consacrée aux techniques de recontextualisation en imagerie. Commençons par l'imagerie diagnostique.

Elle a pour but :

1. D'Identifier et de déclencher les schémas du patient (dépasser les évitements)
2. De comprendre les origines infantiles du schéma
3. De relier les schémas aux problèmes actuels
4. D'aider le patient à ressentir l'émotion associée au schéma

On commence donc à expliquer ces 4 points aux patients. On va alors demander au patient de fermer les yeux. Une manière de faire est de partir d'une situation récente (par exemple : *j'étais samedi dernier avec les amis de mon copain à une soirée. Ils se connaissent tous depuis longtemps. Tout à coup je me suis sentie très mal, j'ai eu l'impression que les autres ne m'aimaient pas, me trouvaient stupide, que j'étais en trop, que je n'avais rien à faire ici avec eux. J'ai eu envie de fuir et je suis devenue agressive et désagréable*) et on va demander à la personne de retrouver une image, une situation du passé (sans forcer) dans laquelle elle a ressenti la même émotion (par exemple, *je me vois toute seule dans ma chambre, j'ai 6 ans, ma belle-mère m'a punie et m'a mise à l'écart du reste de la famille pour le repas car je suis maladroite et que j'ai encore cassé un verre*). On va demander à la personne de décrire ce qu'elle voit et ce qu'elle ressent dans cette image (et toujours de préciser son âge).

On va aussi lui demander ce que pense le parent présent dans l'image et d'engager une conversation avec lui. La personne va être amenée à exprimer les émotions, les pensées et les désirs de l'enfant qu'elle était à l'époque. On commence et on termine la technique d'imagerie par un « endroit de sécurité » dans lequel le patient se sent à l'abri, serein et où il peut se ressaisir. Enfin, on va débriefer avec le patient hors imagerie. Il est facile de comprendre que cette technique nécessite du temps et qu'il vaut mieux la faire en début de séance.

Puis vient le moment dans l'atelier où nous voyons le « maître » à l'œuvre puisque B. Pascal nous montre une vidéo de J. Young pratiquant une imagerie diagnostique avec un jeune homme. Young lui demande de retrouver une situation émotionnelle quand il était enfant avec ses parents. Il se rappelle d'une situation où il était avec ses parents. Il est tombé de vélo et s'est fait très mal au genou. Il essaie de dire à ses parents à quel point il a mal et il voudrait rentrer à la maison mais sa mère le réprimande en lui disant d'arrêter de « chuiner », de faire la comédie et que ce n'est rien. Le thérapeute explore ses émotions et ses pensées. Le patient dit qu'il se sent petit, mal-compris. Puis Young lui demande de dire à sa mère ce qu'il ressent

dans cette situation. Young l'aide en intervenant et en prenant le rôle de la mère : « *Arrêtes ton cirque, ce n'est rien !* ». Le patient répond : « *Aide-moi, j'ai vraiment mal, je veux rentrer à la maison* ». La mère (J. Young) répond : « *Cela va aller, on s'occupera de ça plus tard si besoin, avance !* ». Puis l'on voit le patient vraiment entrer en contact avec ses émotions, s'effondrer en mode enfant vulnérable. Young vient à côté du patient avec beaucoup de sollicitude, lui met le bras sur l'épaule pour le soutenir physiquement tout en disant : « *j'ai 5 ou 6 ans dans cette situation et ils n'en ont rien à foutre* » pour aider le patient à continuer l'exploration de son schéma (manque affectif ou abandon probablement).

Ce n'est pas la première fois que je constate la puissance de ces techniques d'imagerie mais je suis toujours autant émue et sidérée par leur effet. En quelques minutes, le thérapeute accède aux schémas les plus profonds. On accède alors de façon expérientielle à la réalité passée (pensées, émotions) du patient avec une acuité si vive qu'elle est pratiquement impossible à obtenir à travers un récit classique (rationnel).

La vidéo nous illustre aussi à quel point le thérapeute doit être à l'aise avec ses propres émotions et à quel point l'alliance thérapeutique est importante car ces moments peuvent être bouleversants.

J. Young nous montre l'équilibre que le thérapeute doit obtenir entre activer des émotions douloureuses tout en soutenant avec chaleur la personne, dans une attitude empreinte d'une totale empathie et acceptation.

Nous voyons également une autre vidéo, toujours avec J. Young, où il pratique une technique de re-parentage (imagerie pour le changement). Il est important de préciser que cette phase de changement par des techniques émotionnelles se fait après celle d'imagerie diagnostique, de la conceptualisation du cas et après l'utilisation de techniques cognitives. Le patient a donc, à cette étape du traitement, une bonne compréhension de ses schémas et a déjà fait leur « procès » à un niveau rationnel. Le principe de cette technique de re-parentage en imagerie est cette fois de combattre les schémas sur le plan émotionnel (amygdalien). La technique de re-parentage consiste en un dialogue en imagination avec les gens responsables des schémas infantiles mais aussi avec les gens qui, dans leur vie actuelle, les renforcent. On vise une restructuration émotionnelle du schéma par l'affirmation de soi (identification des besoins et expression des manques) du patient face au parent dysfonctionnel. L'expression de la colère en imagerie (« *tu m'as fais du mal, j'existe, je ne te laisserai plus faire, j'ai le droit d'être bien traité* ») est une étape indispensable. Elle est aussi un passage nécessaire vers le pardon.

Dans la vidéo avec une patiente, nous voyons Young qui demande à « la grande Pam » de parler à « la petite Pam », en lui demandant ce qu'elle ressent. B. Pascal nous précise que c'est une stratégie de contournement pour dépasser le mode protecteur détaché de la patiente qui a de la peine à se connecter dans un premier temps à ses émotions. Puis il lui demande d'amener dans l'image sa mère, à côté de la petite Pam et de la décrire. Il demande à la patiente l'autorisation d'entrer dans l'image en tant qu'adulte sain et entame un dialogue avec la petite Pam (enfant vulnérable). Il lui demande ce qu'elle ressent et ce qu'elle aimerait. Il demande aussi ce que la mère (parent dysfonctionnel) dit, répond. C'est Pam qui prend d'abord le rôle de sa mère en même temps que celui de la petite Pam. Les 3 modes entament

alors un dialogue. Puis l'adulte sain (Young) s'adresse plus directement à la mère (Pam joue la mère) et commence à « la réprimander », à lui faire la morale. Alors vient une partie intéressante de la vidéo où la patiente sort du « jeu de rôle » pour protéger sa mère et dit à J. Young : « je ne veux pas que vous disiez du mal de ma mère ». On voit ici la force de la culpabilité qui empêche la patiente de s'autoriser à exprimer ses besoins. J. Young explore alors les craintes de la patiente, la rassure et continue plus « soft » dans un premier temps. Puis, plusieurs changements de rôle interviennent jusqu'à ce que Young demande à la petite Pam (enfant vulnérable) de répondre à l'adulte dysfonctionnel de manière affirmée. Pam va pour cela s'appuyer sur l'adulte sain de J. Young qui a fait un « modeling » auparavant en s'adressant à l'adulte dysfonctionnel (Young l'aide si besoin). La patiente redevient alors l'enfant vulnérable mais affirmé. On observe alors un net changement émotionnel chez la patiente. L'émotion de culpabilité se change alors en une saine colère qui lui donne l'énergie nécessaire pour demander à être traitée avec respect.

Nous finissons l'atelier par un dernier exercice de pleine conscience : la thérapie des schémas a donc aussi su s'adapter à la troisième vague ! Il est à noter que les exercices de pleine conscience sont aussi utilisés pour aider les patients après les séances d'imagerie à bien se reconnecter au moment présent afin qu'ils ne quittent pas la séance dans un état de trop grande distraction qui pourrait à l'occasion les mettre en danger.

Pour conclure, j'étais très contente d'avoir participé à cet atelier pour plusieurs raisons. J'ai une vision maintenant beaucoup plus claire, globale et articulée de la thérapie des schémas. Bref, pour moi, cet atelier lui a donné du sens. Je regrette bien sûr de n'avoir pas pu consacrer plus de temps aux techniques émotionnelles mais je pense que cet aspect du traitement est tellement riche qu'il est impossible de le traiter à fond en une journée et qu'il mériterait, à lui seul, un atelier. Le fait que je ressorte encore frustrée est d'ailleurs plutôt une très bonne chose car maintenant « j'ai faim » et vraiment envie d'approfondir la question, d'abord en relisant le livre de J. Young mais cette fois d'un bout à l'autre et avec un regard averti et ensuite, en me formant, pourquoi pas, à cette approche.

Pour ma pratique clinique, cet atelier m'a « décoincée » et va me permettre d'utiliser plus souvent des techniques d'imageries avec mes patients, parce que maintenant je comprends mieux les tenants et les aboutissants.

Je pense que l'approche de Marsha Linehan (thérapie dialectique comportementale) plus ciblée directement sur le changement de comportement est probablement plus adaptée à la population que je vois en institution dans le service où je travaille. Par contre, la thérapie des schémas me semble très bien adaptée à la clientèle que je vois dans ma pratique privée, avec laquelle je peux plus vite travailler directement sur un niveau émotionnel, avec moins de risques d'activer chez les patients certains modes qui pourraient les amener à des comportements auto-dommageables (abus de substances ou gestes para suicidaires).

Pour finir, j'ai pu aussi expérimenter que cette approche « parle » bien aux patients et qu'une fois la conceptualisation terminée (partie du traitement à mon sens la plus délicate et difficile), ils ont une bonne compréhension de leur fonctionnement. Les notions de « modes » les aident beaucoup à repérer quand leurs schémas s'activent et à donner un sens à leur vécu ; ce qui

peut les aider petit à petit à sortir des automatismes qui les font souffrir et à réintroduire du choix dans leur vie. *« Même si effectivement mes schémas sont toujours là, ils sont moins puissants et j'ai le choix de leur obéir ou pas. Je reprends le contrôle de ma vie et cela change déjà beaucoup son cours ».*

Fait par Sabine Azarmsa

Référence :

- Jeffrey E. Young, Janet S. Klosko, Marjorie E. Weishaar : La thérapie des schémas, approche cognitive de la personnalité, traduction de Bernard Pascal, édition de Boek
- Jeffrey E. Young, Janet S. Klosko: Je réinvente ma vie : vous valez mieux que ce que vous ne pensez, édition De l'homme

