

# Guide de pratique pour la thérapie des schémas

---

Gauthier, C., Chaloult, G. et coll.  
1<sup>re</sup> édition

Éditeur : Jean Goulet – tccmontreal  
2019

**Auteurs : Gauthier, C., Chaloult, G., Goulet, J. et Ngô, T. L.**

Éditeur : Jean Goulet - tccmontreal  
Montréal, QC, Canada  
2019  
ISBN 978-2-924935-14-9  
Dépôt légal 4e trimestre 2019  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec 2019  
Bibliothèque et Archives Canada 2019  
1re édition

## À PROPOS DE CE GUIDE DE PRATIQUE

Ce guide de pratique s'adresse avant tout aux cliniciens à qui il cherche à fournir une information concise, pratique et raisonnablement à jour sur la thérapie des schémas.

Nous référons les lecteurs à l'ouvrage de Chaloult ([Chaloult, Ngo, Goulet, & Cousineau, 2008](#)) pour une présentation pratique des principes fondamentaux et techniques de base de TCC.

-----

## À PROPOS DES AUTEURS

**Charlotte Gauthier** est résidente en psychiatrie à l'Université de Montréal.

**Guillaume Chaloult** est médecin psychiatre. Il pratique au département de psychiatrie de l'Hôpital Charles-Lemoyne. Il est professeur d'enseignement clinique et a fait une formation complémentaire en 2016 à l'Institut de thérapie des schémas du New Jersey.

**Jean Goulet** est médecin psychiatre. Il pratique au département de psychiatrie de la Cité de la Santé de Laval et au département de psychiatrie de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Il est professeur au département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

**Thanh-Lan Ngô** est médecin psychiatre. Elle pratique au Département de psychiatrie du CIUSSS du Nord-de-l'Île de Montréal. Elle est professeure au département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

## Table des matières

<b>Section 1 : Introduction.....</b>	<b>6</b>
1.1 Origine du concept de schéma.....	6
1.2 Origine de la thérapie des schémas.....	7
1.3 Pertinence de la thérapie des schémas dans la famille des approches TCC.....	8
1.4 Données probantes portant sur l'efficacité de la thérapie des schémas.....	9
<b>Section 2 : Modèle explicatif des schémas.....</b>	<b>11</b>
2.1 Définition d'un schéma précoce inadapté.....	11
2.2 Origine des schémas précoces inadaptés.....	12
2.2.1 Origine neurobiologique.....	12
2.2.2 Besoins psychologiques non comblés.....	14
2.2.3 Tempérament.....	14
2.2.4 Environnement familial et social.....	15
2.3 Les 18 schémas précoces inadaptés.....	17
2.4 Schémas primaires versus secondaires.....	23
2.5 Stratégies d'adaptation dysfonctionnelles.....	24
2.6 Modes d'adaptation dysfonctionnels.....	26
2.6.1 Modes de l'enfant.....	26
2.6.2 Modes du parent.....	29
2.6.3 Modes stratégiques dysfonctionnels <sup>1</sup> .....	29
2.6.4 Adulte sain.....	30
2.6.5 L'exemple du trouble de personnalité limite.....	31
2.6.6 L'exemple du trouble de personnalité narcissique.....	32
<b>Section 3 : Critères d'admissibilité à une thérapie des schémas.....</b>	<b>33</b>
3.1 Diagnostic selon le DSM-5.....	33
3.2 Indications.....	34
3.3 Contre-indications.....	34
<b>Section 4 : Traitement pharmacologique.....</b>	<b>36</b>
<b>Section 5 : Étapes de la thérapie des schémas.....</b>	<b>37</b>
5.1 Évaluation.....	37
5.1.1 Identification de la problématique.....	38
5.1.2 Histoire personnelle détaillée.....	39
5.1.3 Questionnaires.....	40
5.1.4 Technique d'imagerie (facultatif).....	41
5.1.5 Relation thérapeutique.....	43
5.1.6 Psychoéducation.....	43
5.1.7 Conceptualisation de cas.....	44
5.2 Phase active de traitement.....	47
5.2.1 Techniques cognitives.....	48
5.2.2 Techniques expérientielles <sup>1</sup> .....	53
5.2.3 Techniques comportementales.....	62

<b>5.3 Relation thérapeutique</b> .....	<b>66</b>
5.3.1 Attitude générale thérapeutique du clinicien .....	66
5.3.2 Comment détecter et réagir face aux modes dysfonctionnels présents en séance.....	68
5.3.3 Facteurs liés au thérapeute .....	69
<b>5.4 Phase de terminaison et bilan</b> .....	<b>72</b>
<b>5.5 Déroulement type d'une séance de thérapie des schémas</b> .....	<b>73</b>
<b>5.6 Exemple de déroulement d'une thérapie des schémas sur une période d'un an</b> .....	<b>74</b>
<b>6. Instruments de mesure et outils de traitement</b> .....	<b>78</b>
<b>6.1 TABLEAU D'ENREGISTREMENT DES SCHÉMAS ET MODES DYSFUNCTIONNELS</b> .....	<b>79</b>
<b>6.2 TEST HISTORIQUE</b> .....	<b>81</b>
<b>6.3 FICHE D'AIDE THÉRAPEUTIQUE</b> .....	<b>82</b>
<b>7. Bibliographie</b> .....	<b>84</b>

## Section 1 : Introduction

### 1.1 Origine du concept de schéma

Le concept de schéma fut exploité par plusieurs autres disciplines au fil de l'Histoire, notamment en philosophie, en géométrie algébrique et en programmation informatique. L'approche de psychothérapie axée sur les schémas s'inspire quant à elle de la notion théorique de schéma telle qu'utilisée dans le domaine de la psychologie du développement cognitif.

On définit un schéma comme étant un patron de pensées imposé à la réalité par le cerveau humain afin de catégoriser rapidement des informations de tous genres et afin de nous permettre d'expliquer nos perceptions, de guider les réponses à notre environnement et de résoudre des problèmes de façon efficace<sup>1</sup>.

Dans une perspective développementale, on constate que les schémas cognitifs se forment souvent en jeune âge et continuent à se modeler avec les expériences de vie subséquentes. Certains schémas pathologiques se cristallisent à l'âge adulte chez nos patients sous la forme de fausses « vérités émotionnelles » inébranlables portant sur soi ou autrui, et ce, même si plusieurs faits autobiographiques contredisent leurs croyances. On peut en déduire que la rigidité inhérente aux schémas nous permet de maintenir une cohérence cognitive, c'est-à-dire une vision stable de soi et du monde, parfois même au détriment d'une vision plus objective de la réalité ou d'un meilleur fonctionnement<sup>1</sup>.

## 1.2 Origine de la thérapie des schémas

Le psychiatre Aaron T. Beck avait déjà commencé dans les années 80 à faire référence aux notions de schémas cognitifs dans ses ouvrages théoriques portant sur la TCC<sup>2</sup>. Quelques années plus tard, le psychologue Jeffrey Young, constatant les limites du modèle TCC dans sa pratique privée, décida de créer l'approche de la thérapie des schémas. Pour ce faire, il s'est inspiré de sa maîtrise de la thérapie cognitivo-comportementale classique, en y intégrant sur le plan théorique des éléments issus des théories de l'attachement et des relations d'objet, et sur le plan thérapeutique, des techniques d'interventions expérientielles tirées de l'approche Gestalt.

### 1.3 Pertinence de la thérapie des schémas dans la famille des approches TCC

La thérapie des schémas peut s'avérer utile pour les patients qui ne répondent pas dans un premier temps à une démarche de TCC. En effet, Young a constaté que la capacité de s'engager dans une TCC suppose plusieurs prérequis qui sont souvent absents chez nos patients rencontrés en clinique de 2<sup>e</sup> ligne de santé mentale: l'observance au protocole de traitement, la capacité du patient à accéder à ses cognitions et émotions et à les rapporter au thérapeute sans avoir recours à de l'évitement cognitif ou affectif, la flexibilité psychologique permettant d'altérer des patrons comportementaux, le caractère égodystone des patterns dysfonctionnels (l'autocritique) et la capacité rapide à former une alliance thérapeutique. Ainsi, chez cette clientèle dite « réfractaire », les pensées inadaptées et les comportements auto-saboteurs résistent souvent aux techniques cognitivo-comportementales employées seules, les patients arrivant à comprendre intellectuellement qu'une croyance n'est ni réaliste ni adaptée, mais ne parvenant pas à le ressentir de manière différente.

Si on la compare à la TCC dite « classique », la thérapie des schémas se démarque donc favorablement pour le traitement des patients souffrant de traits ou de troubles de la personnalité en raison de l'usage de techniques expérientielles et interpersonnelles adressant spécifiquement les enjeux relationnels problématiques. L'approche axée sur les schémas permettant une plus grande flexibilité et spontanéité en séance, elle convient souvent mieux à une clientèle ayant un style d'attachement insécure, des affects instables, de faibles capacités auto-réflexives, des comportements erratiques (ex : pauvre fidélité aux rendez-vous ou faible observance aux devoirs) ou des gestes auto-destructeurs chroniques.



## 1.4 Données probantes portant sur l'efficacité de la thérapie des schémas

La thérapie des schémas se veut « transdiagnostique », c'est-à-dire qu'elle ne repose pas sur le traitement d'un syndrome psychiatrique spécifique, mais bien sur le traitement des divers schémas de personnalité présents chez un individu donné. Elle s'adresse néanmoins à ce qui constitue la structure de la personnalité, et a été principalement utilisée pour le traitement des traits et troubles de la personnalité, de même que des symptômes, souvent chroniques, qui en découlent.

Le postulat de cette approche est que la « guérison » des différents schémas pathologiques d'un patient induira une résolution progressive de ses symptômes, ou du moins, lui permettra de mieux tolérer sa détresse psychologique et physique au long terme. La thérapie des schémas peut donc être utile pour le traitement d'une grande variété de problématiques, sans que le clinicien ne doive au départ objectiver une psychopathologie répertoriée dans le manuel DSM-5. Plusieurs patients souffrant de symptômes dépressifs et anxieux chroniques, de comportements compulsifs ou addictifs soutenus ou de difficultés relationnelles récurrentes liés à leurs schémas de personnalité peuvent ainsi en bénéficier<sup>1</sup>.

Une revue systématique « transdiagnostique » de l'efficacité de la thérapie des schémas<sup>3</sup> incluant 12 études (de qualité faible à moyenne) a démontré des effets probants sur l'intensité des schémas des patients. Dans 11 des 12 études, on retrouvait une réduction des schémas précoces inadaptés, quel que soit le diagnostic en cause (trouble de personnalité, état de stress post-traumatique, trouble alimentaire, agoraphobie). Au sein du sous-groupe de patients souffrant de troubles de la personnalité (les plus étudiés), on retrouvait une amélioration symptomatique et une réduction de l'intensité des schémas précoces inadaptés.

Par ailleurs, une méta-analyse comparant les diverses psychothérapies offertes pour soigner le trouble de personnalité limite a démontré que la thérapie des schémas serait aussi efficace que les autres thérapies spécifiques pour la clientèle TPL (thérapie basée sur la mentalisation et thérapie dialectique comportementale), avec une taille d'effet modérée<sup>4</sup>.

Enfin, la thérapie des schémas a été comparée à la thérapie basée sur le transfert (TFP) dans un essai contrôlé randomisé portant sur des patients souffrant de TPL. On concluait que la thérapie des schémas menait à un taux plus élevé de rémissions symptomatiques (risque relatif de 2,18) ou d'amélioration clinique (risque relatif de 2,3) que la TFP<sup>5</sup>.

Une série de cas de qualité moyenne portant sur la dépression chronique montrait une réduction au suivi des symptômes dépressifs (taille d'effet 2,2) et des schémas précoces inadaptés (taille d'effet 1,1)<sup>6</sup>.

## Section 2 : Modèle explicatif des schémas

La théorie et les techniques psychothérapeutiques axées sur les schémas présentées dans ce guide sont principalement tirées du modèle initialement proposé par Jeffrey Young dans son livre fondateur<sup>1</sup>. Depuis les vingt dernières années, certains cliniciens se réclamant de l'approche axée sur les schémas (dont Arntz, Roediger, Jacob, Farrell et Shaw) ont enrichi le modèle, notamment en mettant davantage l'accent sur le concept des modes. Par souci de concision, nous n'aborderons pas dans ce guide toutes les évolutions créatives proposées au fil du temps par les praticiens de la thérapie des schémas.

### 2.1 Définition d'un schéma précoce inadapté

Un schéma précoce inadapté est:

- un thème récurrent et envahissant en lien avec un enjeu émotionnel spécifique;
- constitué de souvenirs (ou de traces mnésiques fragmentées), d'émotions, de cognitions et de sensations corporelles souvent intenses;
- une croyance fondamentale sur soi ou sur autrui, amenant l'individu à réagir de manière irréfléchie et stéréotypée, et à anticiper de façon rigide les comportements d'autrui;
- développé généralement pendant l'enfance et l'adolescence, souvent en réponse à un besoin psychologique non comblé par les figures d'attachement
- consolidé à l'âge adulte par des expériences négatives qui alimentent le schéma
- lié à un dysfonctionnement significatif dans la vie sociale, professionnelle ou familiale du patient<sup>7</sup>.

Les comportements inadaptés se développent en réponse à des schémas. Ainsi, les comportements témoignent plutôt de styles d'adaptation sans faire partie intégrante de la définition d'un schéma.

De façon générale, plus un schéma est sévère, plus il s'active spontanément dans la vie courante du patient, et plus les affects négatifs qui en résultent sont intenses et prolongés<sup>7</sup>.

## 2.2 Origine des schémas précoces inadaptés

### 2.2.1 Origine neurobiologique

#### 2.2.1.1 Rôle du conditionnement par la peur et impact des traumatismes

Deux systèmes cérébraux sont impliqués dans le conditionnement lié à la peur et aux événements traumatisants. Ces systèmes opèrent en parallèle :

1. L'hippocampe et les aires corticales associées sont responsables de l'enregistrement des souvenirs conscients. Le rappel mène à une remémoration consciente.
2. L'amygdale, elle, est responsable de l'enregistrement des souvenirs inconscients. L'activation de ces souvenirs mène à des réponses corporelles en lien avec la préparation au danger.

Le système amygdalien a plusieurs caractéristiques importantes :

- Il est souvent inconscient ; des réactions émotionnelles peuvent être déclenchées sans même que la personne ne soit consciente du stimulus impliqué.
- Il est rapide ; ainsi, l'amygdale peut répondre à un danger avant sa reconnaissance par le cortex.
- Il est automatique ; les émotions et réponses corporelles se produisent dès que l'amygdale a reconnu un danger.
- Les mémoires qui y sont inscrites semblent permanentes.
- Il est incapable de distinctions fines ; une fois qu'une mémoire émotionnelle est emmagasinée dans l'amygdale, un stimulus rappelant (de près ou de loin) le stimulus présent pendant le trauma déclenchera la réaction de peur.

Ainsi, en présence d'un schéma précoce inadapté, on peut observer la réaction suivante :

*Stimulus rappelant les événements traumatiques dans l'enfance → activation inconsciente des émotions et sensations corporelles associées (puis, si l'individu en est conscient, activation des cognitions associées).*

Cette activation est automatique, et probablement permanente, même si une « guérison » du schéma peut l'atténuer. Plusieurs schémas se développent avant que l'enfant n'ait développé le langage; ils sont donc dits « préverbaux » et enregistrés sous forme de traces mnésiques, d'émotions et de sensations corporelles. Les cognitions s'y ajoutent plus tard dans la vie. C'est ce qui explique la primauté fréquente des émotions sur les cognitions lors du travail sur les schémas.

Ainsi, lors de la thérapie des schémas, nous tentons d'amener un plus grand contrôle conscient du patient sur ses schémas (en bref, un meilleur contrôle de l'amygdale par le cortex frontal), mais aussi un apaisement de l'activation de l'amygdale via des techniques expérientielles<sup>1</sup>.

### **2.2.1.2 Lien avec la théorie de l'attachement**

La théorie des schémas se base également beaucoup sur la théorie de l'attachement.

En résumé, l'attachement est lié à notre besoin d'être en connexion avec autrui de façon stable et sécuritaire et de prendre soin d'autrui. Le système d'attachement de l'enfant doit agir en résonance avec le système de maternage de sa figure d'attachement.

Ceci se fait, entre autres, par les neurones miroirs, qui établissent un pont entre nos perceptions et celles des autres. Ces neurones doivent être entraînés par des stimulations répétées. Un rôle clé de la figure parentale est d'aider l'enfant, par des reflets exacts de ses émotions, à établir une synchronicité affective (*affective attunement*) entre son monde intérieur et le monde extérieur. Cela permet à l'enfant de se sentir compris, considéré, et lui permet éventuellement de développer la capacité réflexive de mentaliser ses émotions. En l'absence d'une connexion « résonante » entre l'enfant et sa figure parentale, l'enfant peut développer un style d'attachement insécure<sup>8</sup>.

Dans l'approche basée sur les schémas, le clinicien tente d'incarner en tout temps un mode « Adulte sain » en offrant une présence stable, accueillante et chaleureuse au patient. Le thérapeute adopte une posture similaire à celle d'un parent voulant répondre aux besoins affectifs de son enfant, et ce, afin que le patient internalise le thérapeute comme une représentation mentale bienveillante disponible en tout temps pour s'apaiser. Ainsi, le patient

peut développer un style d'attachement sécure par des expériences relationnelles positives soutenues, ou du moins, peut atténuer l'intensité de son problème d'attachement insécure<sup>8</sup>.

### 2.2.2 Besoins psychologiques non comblés

Tous les êtres humains ont certains besoins psychologiques fondamentaux. Les schémas précoces inadaptés se développent lorsque certains de ces besoins ne sont pas comblés (souvent en présence d'un tempérament inné qui confère à l'enfant une certaine vulnérabilité).

Un enfant a besoin:

- d'attachement stable à des personnes significatives, incluant un sentiment de sécurité, de continuité, un climat d'affection, d'empathie et d'acceptation ;
- d'un sentiment d'autonomie, de compétence
- d'une identité claire et différenciée;
- d'intégration de limites réalistes, de discipline et du développement du contrôle de soi ;
- de la liberté de pouvoir reconnaître ses besoins fondamentaux, d'en tenir compte, de les exprimer et de les actualiser ;
- de jouer, de s'amuser et de bénéficier de moments de spontanéité.

### 2.2.3 Tempérament

Le tempérament est la dimension innée de la personnalité. Il reste stable tout au long de la vie. Il influence comment l'individu tente de répondre à ses besoins et comment il interagit avec les autres<sup>7</sup>. Le tempérament peut se décrire par les sept dimensions suivantes<sup>1</sup> :

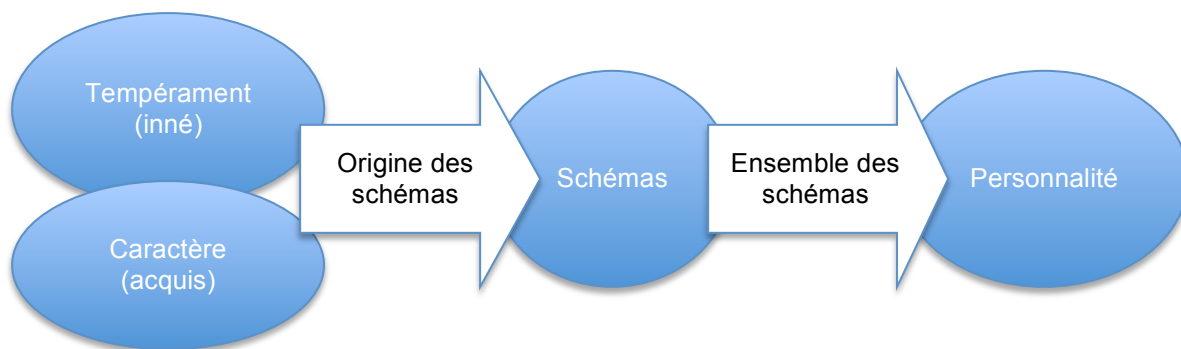
- |                |        |                          |
|----------------|--------|--------------------------|
| • Intensité    | versus | restriction émotionnelle |
| • Dysthymique  | versus | optimiste                |
| • Anxieux      | versus | calme                    |
| • Obsessionnel | versus | distractible             |
| • Passif       | versus | actif/agressif           |
| • Irritable    | versus | joyeux                   |
| • Timide       | versus | sociable                 |

Les différences de tempérament d'un individu à un autre peuvent expliquer pourquoi deux enfants exposés au même environnement ou aux mêmes stressors ont des réactions différentes et pourront développer des schémas distincts. De plus, le tempérament peut moduler les stressors auxquels un enfant sera exposé ; par exemple, un enfant au tempérament agressif pourrait être plus à risque d'abus physique de la part d'un parent violent qu'un enfant plutôt passif et timide<sup>1</sup>.

En outre, plus une dimension du tempérament est marquée, moins l'environnement aura d'effet : par exemple, un enfant avec un tempérament très optimiste aura moins tendance à développer un schéma Vulnérabilité au danger, même s'il est exposé à une catastrophe naturelle en bas âge.

#### 2.2.4 Environnement familial et social

Contrairement au tempérament, le caractère constitue la partie de la personnalité qui est acquise.



Certains types d'expériences sont particulièrement propices à l'acquisition de schémas précoces inadaptés. Une privation des besoins d'affection de l'enfant mène classiquement à l'apparition des schémas Carence affective ou Abandon. Des expériences traumatiques ou de victimisation précoces mènent généralement au développement de schémas Méfiance/Abus, Imperfection/Honte ou Vulnérabilité aux dangers. Une absence de limites réalistes ou d'autonomie (p. ex. des parents trop impliqués, surprotecteurs ou donnant trop de liberté) peut mener aux schémas Dépendance/Incompétence ou Droits personnels exagérés / Grandiosité.

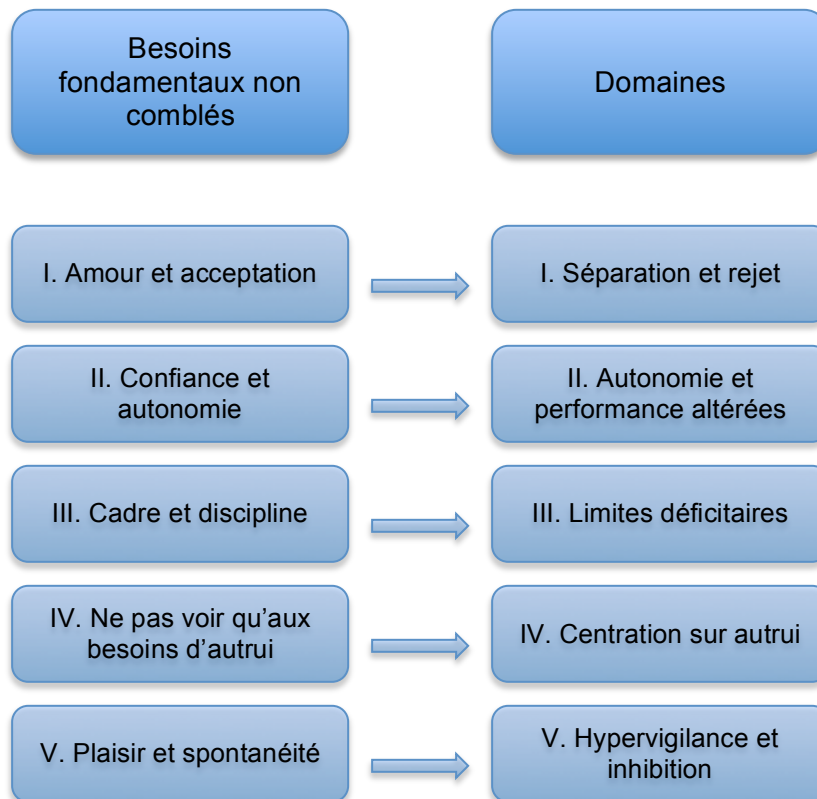
Enfin, un enfant peut internaliser un parent très critique, ce qui mènerait à l'apparition d'un schéma Exigences élevées, ou s'identifier à un parent abusif et développer un schéma Punitif.

Il est important de retenir que les perceptions de l'enfant à propos du climat émotionnel familial et la façon dont il était traité sont habituellement valides, même si ses explications sur la cause exacte de ce climat ne le sont pas toujours<sup>1</sup>.



## 2.3 Les 18 schémas précoces inadaptés

Chaque schéma correspond à un besoin psychologique de base non comblé. On distingue cinq domaines : séparation et rejet, altération de l'autonomie et de la performance, limites déficitaires, centration sur autrui et hypervigilance/inhibition.



Les schémas du domaine I sont les plus souvent impliqués comme schémas primaires (cf. section 2.4). Nous vous référons aux ouvrages de référence de Young pour une description plus complète des 18 schémas<sup>1,7</sup>.

		Présentation clinique	Éléments d'histoire typiques <sup>9</sup>
Domaine I : Séparation et rejet	<b>Abandon/ Instabilité</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Instabilité ou non fiabilité perçue des personnes susceptibles de lui fournir du soutien</li> <li>2. Sentiment que les personnes significatives ne pourront pas continuer à être des sources de soutien émotionnel, d'attachement, de protection,</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Décès précoce ou abandon d'un parent ou d'une personne significative</li> <li>2. Non disponibilité chronique d'un parent en raison d'un problème</li> </ol>

		<p>parce qu'ils sont émotionnellement instables et imprévisibles, ou parce que leur présence est erratique</p> <p>3. Peur qu'une personne significative meure</p> <p>4. Crainte d'être abandonné pour une personne plus intéressante</p>	de santé, d'un emploi demandant, etc.
	<b>Méfiance/Abus</b>	Impression que les autres vont lui faire du mal, l'abuser, l'humilier, le tromper, le manipuler ou profiter de lui.	Abus pendant l'enfance (sexuel, physique, émotionnel ou verbal) Parfois intimidation par les pairs
	<b>Carence affective</b>	<p>Impression que ses besoins affectifs ne seront pas comblés adéquatement par les autres.</p> <p>Types :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Carence d'affection</li> <li>- Carence d'empathie</li> <li>- Carence de protection</li> </ul> <p>Sentiment de vide</p>	Parents froids ou peu empathiques
	<b>Imperfection/Honte</b>	<p>Impression d'être une mauvaise personne, non désirée ou inférieure.</p> <p>Honte par rapport à des défauts perçus, soit internes (égoïsme, pulsions agressives, désirs sexuels inacceptables) ou externes (apparence physique indésirable, maladresse sociale)</p> <p>Hypersensibilité à la critique, au rejet et au blâme</p> <p>Embarras et insécurité dans les rapports sociaux</p>	Dévalorisation et humiliation pendant l'enfance par les figures d'attachement ou les pairs
	<b>Exclusion/Rejet</b>	Impression d'être isolé du reste du monde, d'être différent des autres, de ne faire partie d'aucune communauté.	<p>Réelle différence (religion, race, orientation sexuelle, etc.) par rapport au reste de la communauté</p> <p>Souvent, écart entre le milieu de vie social et familial de l'enfant et ses accomplissements plus tard</p>

Domaine II : Altération de l'autonomie et de la performance	Dépendance/ Incompétence	Impression d'être incapable de gérer ses responsabilités quotidiennes avec compétence, sans aide excessive des autres; Sentiment d'impuissance.	Protection excessive ou négligence des parents.
	Vulnérabilité au danger ou à la maladie	Peur démesurée d'une catastrophe imprévisible qu'il n'arriverait pas à prévenir dans le domaine physique, émotif et/ou des situations/phobies	Parents craignant la vulnérabilité et couvant trop l'enfant; Parents ne protégeant pas suffisamment l'enfant; Parents qui ont subi un traumatisme grave.
	Fusion / Soi non développé	Implication émotionnelle démesurée de la personne auprès de personnes significatives, au détriment d'une individuation complète ou d'un développement social normal; Absence d'identité ou de valeurs personnelles.	Surprotection marquée venant de personnes significatives; dévalorisation excessive de la différence de l'enfant.
	Échec	Impression d'avoir échoué ou qu'il va échouer à coup sûr Impression d'être fondamentalement incompétent dans son savoir-faire	Parent qui juge sévèrement les performances de l'enfant, ou a une carrière très prospère ; Enfant pas aussi doué que ses camarades ou comparé à sa fratrie, ou immigrant ; Parent trop indulgent.
Domaine III : Limites déficitaires	Droits personnels exagérés / Grandeur	Impression qu'il devrait faire ou avoir tout ce qu'il veut, sans se soucier des autres Tendance excessive à affirmer son pouvoir, à imposer son point de vue ou à contrôler les comportements des autres Exigences excessives envers autrui Absence d'empathie pour les besoins et les sentiments d'autrui	Absence de discipline familiale
	Contrôle de soi /	Difficultés à se contenir et à tolérer	Manque de cadre ou

	Autodiscipline insuffisants	la frustration pour la réussite de ses objectifs personnels Difficultés à gérer ses émotions et ses pulsions Évitement de la douleur, des conflits, des affrontements, des responsabilités	de discipline.
Domaine IV : Centration sur autrui	Assujettissement	Tendance excessive à négliger l'expression de ses émotions et de ses besoins et à adopter une posture soumise face à une figure perçue comme dominante Types : - Assujettissement des besoins - Assujettissement des émotions (surtout la colère)	Parents contrôlants ; punition, froideur ou culpabilisation si n'obéit pas ; Parents ne permettant pas de prendre des décisions, ne donnent pas de liberté Parents absents ; Parents « martyrs » ; Parents ne respectant pas les besoins ou opinions de l'enfant ; Parent déprimé/anxieux de sorte que l'enfant doit mesurer ses paroles.
	Abnégation	Besoin démesuré de se sacrifier pour répondre aux attentes des autres, au détriment de son propre équilibre de vie Souvent en lien avec une grande sensibilité à la souffrance d'autrui et à une survalorisation des comportements d'abnégation Sentiment d'absence de réponse à ses propres besoins et ressentiment envers les gens dont il s'occupe	Parents qui valorisent trop l'importance que l'enfant réponde à leurs besoins ou à ceux d'autrui.
	Recherche d'approbation ou de reconnaissance	Besoin excessif de l'approbation, de la reconnaissance et de l'attention des autres Estime de soi basée uniquement sur les réactions des autres	Parents accordant une trop grande importance à l'opinion d'autrui ; Timidité d'origine biologique.
Domaine V : Hyper-	Négativisme/ Pessimisme	Peur démesurée de faire des erreurs qui auraient des	Environnement dans lequel flotte une

vigilance et inhibition		conséquences désastreuses Inquiétudes chroniques face à l'avenir Vigilance excessive	vision pessimiste des choses et où on attribue une importance exagérée aux erreurs.
	Inhibition émotionnelle	Inhibition excessive des réactions spontanées pour éviter la honte, la désapprobation ou la perte de contrôle sur ses impulsions	Milieu familial décourageant la spontanéité ou l'expression des émotions.
	Exigences élevées / Critique excessive	Efforts pour répondre à des normes intérieures très élevées au sujet du comportement ou de la performance Présentations : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perfectionnisme</li> <li>- Règles rigides (incluant règles morales et éthiques, etc.)</li> <li>- Préoccupations exagérées pour la gestion du temps et l'efficacité</li> </ul>	Amour parental conditionnel à la réussite ; Parent avec exigences élevées envers lui-même ; Parent qui humilie ou critique si ne répond pas à critères élevés.
	Punition	Croyance que les gens doivent être punis sévèrement pour les erreurs qu'ils font Difficulté à pardonner les erreurs ou à tolérer ses limites et celles des autres	Parents sévères, rancuniers et punitifs à outrance.

Vignette clinique :

*Marc est un homme de 24 ans, étudiant au baccalauréat en musique. Il se présente pour des symptômes anxiodépressifs présents depuis quelques années, aggravés depuis que sa dernière conjointe l'a laissé après une relation de quelques mois, lui reprochant d'être trop « dépendant ». Il rapporte une faible estime de soi de façon chronique. Il a de la facilité à entamer des relations amoureuses mais a du mal à les entretenir, parce qu'il devient rapidement convaincu que sa conjointe du moment va le laisser pour des hommes qu'il considère plus désirables que lui. Il tente ensuite de la retenir en se soumettant à tous ses désirs, ce qui déclenche inévitablement l'irritation de sa conjointe puis l'abandon qu'il craignait.*

*À l'histoire, vous apprenez que Marc est le deuxième d'une fratrie de trois. Il a deux frères, tous deux très performants dans leurs domaines. Il décrit sa mère comme étant très aimante ; bien qu'il ne lui attribue initialement aucun défaut, vous apprenez au fil de l'évaluation que celle-ci était très critique envers lui, et qu'elle avait tendance à dire à Marc de prendre exemple sur son frère aîné qui réussissait très bien à l'école. Son père a quitté sa mère pour une autre femme lorsque Marc avait 13 ans. Il a initialement tenté de garder une bonne relation avec ses fils ; cependant, lorsque sa nouvelle conjointe est tombée enceinte, il a progressivement espacé les contacts avec Marc. Le patient reste marqué par cette distance qui perdure entre son père et lui.*

*Marc ayant toujours été un enfant au tempérament créatif et sensible, il s'est beaucoup valorisé à travers la musique. Il a eu un peu de difficulté à se faire des amis au secondaire, et a été ciblé par des commentaires moqueurs à quelques reprises au début du secondaire. Cependant, il a intégré un programme de concentration musique en secondaire IV, et s'est fait quelques amis qu'il garde encore à ce jour.*

Avec ces éléments de l'histoire, vous suspectez fortement la présence des schémas Abandon et Imperfection/Honte, avec la possible présence d'un probable schéma Assujettissement (secondaire au schéma Abandon).

## 2.4 Schémas primaires versus secondaires

Un schéma primaire (inconditionnel) représente une croyance fondamentale par rapport à soi-même et aux autres. Il reflète l'expérience directe vécu par l'enfant en jeune âge. Les schémas primaires se développent chronologiquement plus tôt que les schémas secondaires.

Un schéma secondaire (conditionnel) est développé *en réponse* à un schéma primaire ; en adoptant certaines croyances, le patient espère éviter d'activer certains schémas primaires. Par exemple, pour échapper au sentiment d'imperfection et de honte, un patient pourrait développer la croyance « Je dois être parfaite à l'école pour contrer mes terribles défauts » (schéma Exigences élevées) ; pour éviter un abandon, le patient pourrait adopter la croyance « Je dois m'oublier et être soumis face à mon entourage pour éviter qu'on me rejette » (schéma Assujettissement).

L'ordre dans lequel les schémas doivent être soignés variera d'un patient à un autre. Ceci dit, un schéma secondaire sera souvent plus facile à conscientiser, et donc possiblement plus facile à travailler pour le patient en début de thérapie. En revanche, il arrive que certains schémas primaires soient tellement puissants qu'on ne peut avancer en thérapie avant de les avoir soignés dans un premier temps.

## 2.5 Stratégies d'adaptation dysfonctionnelles

Les stratégies d'adaptation dites *dysfonctionnelles* sont qualifiées ainsi car elles ne sont plus adaptatives dans la vie adulte du patient, bien qu'elles aient généralement été utiles pendant l'enfance afin de « survivre » à un environnement malsain<sup>1</sup>.

Le déclenchement d'un schéma se présente selon cette séquence :

*Menace perçue* ⇒ *Stratégie d'adaptation* ⇒ *Comportement*

Prenons l'exemple suivant :

- Lors de l'enfance : abus de la part d'un parent (*menace*) ⇒ évitement (*stratégie d'adaptation*) ⇒ se cacher du parent (*comportement adaptatif*)
- Cependant, à l'âge adulte : crainte d'être abusé, même par un partenaire bienveillant (*menace perçue*) ⇒ évitement (*stratégie d'adaptation*) ⇒ réticence à s'engager dans des relations intimes et solitude chronique (*comportement non adaptatif*).

On peut prédire que l'incapacité de ce patient à établir une relation intime l'empêchera probablement de vivre des expériences émotionnelles correctrices (par exemple, la rencontre d'un nouveau partenaire bienveillant et sécurisant) qui pourraient ébranler et même « soigner » la croyance selon laquelle une relation interpersonnelle est nécessairement synonyme de danger.

Le type de stratégie d'adaptation utilisée en réponse au déclenchement d'un schéma dépendra surtout du tempérament de la personne. On retrouve trois types de stratégies face à un schéma:

### Capitulation

Le patient s'abandonne à la croyance véhiculée par le schéma et agit de façon à le confirmer. Ainsi, en restant dans la même situation (qui peut générer un certain « confort » de par sa sensation de familiarité), le patient tend à renforcer ou à confirmer le schéma sous-jacent. On peut faire un lien ici avec les concepts de *prophétie auto-réalisante*<sup>8</sup>.



### Évitement

Le patient évite de se retrouver dans une situation où des affects pénibles liés à son schéma pourraient être déclenchés ; il peut éviter d'y penser (évitement cognitif, intellectualisation, etc.), ou utiliser des techniques comportementales de distraction (boulimie, abus de substance, ménage compulsif, sexualité débridée, jeu pathologique, etc.) pour engourdir ses émotions.

### Contre-attaque

Le patient adopte le comportement contraire à la croyance que son schéma le pousse à adopter, et cherche à contrôler activement la situation par un comportement qui neutralise les affects liés au schéma. On peut, par exemple, évoquer chez un patient la présence d'un schéma Droits personnels exagérés qui aurait pour fonction de contrecarrer la honte liée à un schéma Imperfection/Honte<sup>8</sup>.

Si on prend l'exemple du schéma Méfiance/Abus, un individu peut donc réagir au même schéma par trois stratégies d'adaptation très différentes :

- S'il *capitule* face au schéma, il choisira un partenaire abusif et agira de façon à permettre ou perpétuer des abus.
- S'il *évite* le schéma, il évitera les relations où il peut être vulnérable et évitera de faire confiance aux autres, au prix parfois d'une solitude chronique.
- S'il *contre-attaque* le schéma, il pourra lui-même devenir l'abuseur, se disant qu'il ne fait que devancer l'autre, ou contrer les affects pénibles liés au schéma primaire en compensant avec un autre schéma (ex : schéma secondaire Assujettissement).

Un individu ne peut utiliser qu'une stratégie d'adaptation à la fois pour un schéma donné. Cependant, les stratégies peuvent varier à travers le temps et selon le schéma activé ; pour bien détecter et identifier le schéma sous-jacent, il est utile de bien comprendre l'histoire longitudinale du patient<sup>8</sup>.

## 2.6 Modes d'adaptation (fonctionnels et dysfonctionnels)

Alors que les schémas se définissent comme une constellation d'émotions, de pensées, de mémoires et de sensations physiques autour de thèmes récurrents liant des événements du passé d'un patient, le concept de *mode* représente plutôt des états d'esprit ponctuels (*state of mind*) chez un patient à un moment précis dans le temps, souvent associés à des affects et des croyances infantiles. Autrement dit, un mode est le reflet d'un schéma en action à un temps donné dans la vie mentale du patient.

Par exemple, un schéma Imperfection/Honte pourrait se manifester chez un patient par l'expression d'un mode Enfant vulnérable (triste, en retrait, pensée disant « je suis nul ») suite à un examen difficile le matin, puis par l'expression d'un mode Protecteur détaché (propos d'intellectualisation, attitude détachée) avec son conjoint rabaissant sur l'heure du midi, et enfin, par l'expression d'un mode Compensateur (sentiment de supériorité, compétitivité malsaine) lors d'une partie de soccer amicale le soir venu. On peut ainsi dire que le schéma Imperfection/Honte de ce patient s'incarne à divers moments dans le temps sous la forme de différents « visages » ayant pour thème commun sous-jacent sa conviction d'être une personne fondamentalement mauvaise ou sans valeur.

Le modèle traditionnel développé par J. Young est surtout axé sur le travail avec les schémas, à l'exception des patients souffrant de trouble de personnalité du groupe B où il conseille d'emblée l'usage des modes en raison des états affectifs très instables de cette clientèle. Plusieurs experts en thérapie des schémas (Behary, Roediger, Arntz) suggèrent désormais de mettre l'accent sur les modes dès le début de la thérapie pour des patients de tous genres. Ces auteurs justifient cette démarche en évoquant que les modes sont des états affectifs circonscrits plus accessibles au clinicien dès le début de la thérapie et requièrent moins d'introspection de la part du patient.

On dénombre dix modes d'adaptation:

### 2.6.1 Modes de l'enfant

Les modes de l'enfant représentent l'expression ponctuelle à un moment précis d'émotions et de cognitions liées à des besoins psychologiques non comblés dans l'enfance. Il s'agit de l'état

d'esprit typique qui se manifesterait chez un enfant dont on frustrerait chroniquement un besoin spécifique.

Lorsque ce type de modes est déclenché, le patient se sent soudainement comme s'il redevenait un enfant sur le plan émotionnel et cognitif<sup>8</sup>. Il peut alors se sentir faible et démuni.

On conseille généralement de personnaliser le nom du mode au langage intime du patient. Par exemple, un mode Enfant vulnérable pourrait se traduire par le mode « La petite Cendrillon » si la patiente évoque cette image lors des conversations avec le clinicien pour exprimer son sentiment de faiblesse et de victimisation.

- Enfant vulnérable
  - Ce mode survient lorsque le patient est en contact direct avec le thème d'un de ses schémas et ressent la souffrance émotionnelle infantile qui lui est associée.
  - Manifestations : sentiments de vide, de solitude, de fragilité, de tristesse, de honte, d'être indigne d'être aimé ou accepté socialement.
  - Exemples :
    - *Émile a été élevé par son père (décrit comme aimant mais distant), après que sa mère soit décédée d'un cancer du sein alors qu'il n'avait que cinq ans. On répertorie chez lui à l'âge adulte des schémas Abandon et Carence affective d'intensité modérée, auquel il réagit par un style de capitulation, n'entamant des relations qu'avec des femmes émotionnellement peu disponibles. Lorsque sa dernière conjointe le quitte, Émile est envahi par un profond sentiment de tristesse qui perdure pendant des mois et il en conclut qu'il est condamné à rester seul pour toujours (mode Enfant vulnérable).*
    - *Damien s'absente longuement de son travail de boulanger car il est en mode Enfant vulnérable pendant 72 heures après avoir appris que sa psychologue allait prendre bientôt une année sabbatique. Le patient décrit alors un sentiment intense de vide et rapporte avoir des crises de larmes intarissables. Cet état émotionnel fait écho à l'absence répétée du père du patient lors des visites supervisées par la DPJ durant sa jeunesse (schéma Abandon).*

- **Enfant en colère**
  - Ce mode survient lorsque le patient est en colère parce que ses besoins psychologiques fondamentaux ne sont pas comblés et qu'il sent que cette situation est inacceptable ou injuste.
  - Manifestations : expression inappropriée de la colère (ex : crise de rage) ; sentiments de frustration, d'impatience, de colère ou expression de demandes accaparantes.
  - Le mode Enfant en colère peut masquer un mode Enfant vulnérable sous-jacent.
  - Exemple :
    - *Stella souffre des schémas Carence affective et Droits personnels exagérés, après avoir été élevée par des parents riches mais peu présents, qui étaient réticents à lui mettre des limites à cause des crises de colère terribles qu'elle pouvait faire. Stella commence à parler d'une situation difficile vécue avec son patron à la toute fin de sa séance de thérapie. Lorsque sa thérapeute met fin à la séance en temps opportun, Stella lui fait remarquer qu'elle ne sert vraiment à rien si elle ne peut même pas l'appuyer dans ses moments difficiles (Mode Enfant en colère).*
  
- **Enfant impulsif**
  - Le patient agit ses désirs ou impulsions du moment, de façon égoïste ou incontrôlée, sans penser aux conséquences possibles pour lui-même ou pour les autres, tel que le ferait un enfant n'ayant pas encore acquis de contrôle de soi.
  - Manifestations : difficulté à accepter les gratifications retardées et intolérance aux limites. On peut avoir l'impression de s'adresser à un « enfant gâté ».
  
- **Enfant indiscipliné**
  - Manifestations : le patient ne peut se contraindre à terminer des tâches routinières ou ennuyantes, se frustre rapidement et abandonne.
  
- **Enfant heureux (mode fonctionnel)**
  - Ce mode survient lorsque tous les besoins de base de l'enfant sont comblés ; le patient adulte se sent comme un enfant aimé, en sécurité et compétent. Il peut aussi faire preuve de gaieté et de spontanéité, tel un gamin exprimant naturellement sa jovialité.

### 2.6.2 Modes du parent

On peut également appeler ceux-ci *modes du critique intérieur* (afin d'éviter de relier ces modes aux vrais parents, ce qui peut mener à un conflit de loyauté pour le patient)<sup>8</sup>. Ils représentent l'internalisation par le patient d'une figure parentale trop critique.

- Parent punitif
  - Le patient se met en colère contre lui-même et sent qu'il mérite d'être puni pour avoir eu ou exprimé des besoins normaux, ayant internalisé la voix d'une figure parentale critique ou punitive.
  - Manifestations : haine de soi, critique de soi excessive, ascétisme, automutilation, idées suicidaires, autres comportements autodestructeurs. Ces comportements peuvent également être dirigés vers les autres.
  - *Exemple :*
    - *Roger souffre des schémas Méfiance/Abus et Imperfection/Honte, après avoir passé une enfance marquée par des châtements corporels survenant lorsqu'il avait des mauvaises notes à l'école. Il occupe maintenant un poste important dans une entreprise, et y est très apprécié par ses supérieurs. À une reprise, il a fait une petite erreur dans un projet, qui est relevée par son collègue. Le soir même, Roger va courir trente kilomètres sous la pluie battante, en se répétant encore et encore « Tu es bon à rien, tu ne vaudras jamais rien » (mode parent punitif).*
  
- Parent exigeant
  - Le patient se met une pression continuelle pour atteindre des standards excessivement élevés ; il sent que la seule « bonne » façon de vivre est d'être parfait ou très performant (à la fois pour lui et les autres), d'atteindre un statut élevé, d'obtenir du prestige, etc.

### 2.6.3 Modes stratégiques dysfonctionnels<sup>1</sup>

- Mode Conciliateur

- Le patient se sent impuissant face à la croyance véhiculée par le schéma
- Manifestations : le patient se montre souvent passif et démuni face à sa souffrance, il peut également laisser les autres abuser de lui dans ses relations interpersonnelles (soumission stratégique).
- Ce mode correspond au style d'adaptation de la *capitulation*.
- Mode Protecteur détaché
  - Le patient tente de se soustraire à la douleur liée au schéma par divers moyens non adaptatifs.
  - Manifestations : détachement émotionnel chronique, plaintes psychosomatiques récurrentes, abus de substance, évitement des relations interpersonnelles, hyperphagie, utilisation compulsive de la télévision ou de jeux vidéo, jeu pathologique, hypersexualité, etc.
  - Ce mode correspond au style d'adaptation d'*évitement*.
  - *Jeannette souffre d'un schéma Abandon. Lorsque son conjoint est en voyage et ne répond pas au téléphone, elle joue à des jeux vidéo pendant des heures pour éviter de penser au fait qu'il pourrait être en train de la tromper (Mode Protecteur détaché).*
- Mode Compensateur
  - Le patient tente de façon effrénée et disproportionnée de prouver que le schéma est faux. Il agit donc à l'inverse de la croyance liée au schéma afin de neutraliser la souffrance qui y est associée.
  - Par exemple, une tentative de compenser pour un schéma Imperfection/Honte associé à un profond sentiment d'infériorité peut mener un patient à adopter une attitude grandiose et hautaine qui chasse les affects de honte sous-jacents.
  - Ce mode correspond au style de *contre-attaque*.

#### 2.6.4 Mode Adulte sain (mode fonctionnel)

Le processus de thérapie vise à renforcer les fonctions du mode Adulte sain. Les divers rôles de ce mode sont de s'occuper de l'Enfant vulnérable et de valider son vécu, de mettre des limites à l'Enfant en colère et à l'Enfant impulsif, d'encourager et de soutenir l'Enfant heureux, de s'abstenir d'agir les stratégies d'adaptation dysfonctionnelles pour les remplacer éventuellement par des stratégies fonctionnelles, d'identifier les modes du Parent pour essayer de les adoucir. Sur le plan fonctionnel, l'Adulte sain permet au patient d'assumer ses responsabilités d'adulte,

de faire des activités agréables, de s'occuper de sa santé. Il permet aussi d'avoir de la compassion pour soi, de se connecter à ses valeurs personnelles et d'atteindre un état d'acceptation face à soi-même<sup>8</sup>.

Pour modifier un comportement, le mode Adulte sain suit les étapes suivantes<sup>8</sup> :

1. Réflexion sur soi : se rendre compte que le mode utilisé n'est pas aidant.
2. Réévaluation : réévaluer la situation avec une perspective différente et choisir un autre mode.
3. Action : décider de s'engager dans cet autre mode et changer pour des comportements adaptatifs.

### 2.6.5 L'exemple du trouble de personnalité limite

On observe typiquement dans le trouble de personnalité limite les modes dysfonctionnels suivants<sup>9</sup> :

- Enfant vulnérable
  - Ce mode ressent des sentiments intenses d'abandon et de rejet, souvent en relation avec la peur d'être de nouveau mis de côté.
- Enfant en colère / impulsif
  - Ce mode ressent la colère en lien avec la façon injuste dont il a été traité par le parent ou les pairs pendant l'enfance. Ce mode peut s'accompagner d'un mode Enfant indiscipliné ou impulsif.
- Parent punitif
  - Ce mode représente l'internalisation de la figure d'attachement qui dévalorise l'enfant de façon intense ; il se manifeste par une haine de soi extrême, et parfois par de l'automutilation.
- Protecteur détaché (principal mode stratégique dysfonctionnel)
  - Ce mode tente de protéger le patient des affects négatifs intenses reliés aux modes de l'Enfant vulnérable et en colère et aux modes du Parent punitif. Il se manifeste par des abus de substances, des crises d'hyperphagie, de la dissociation, etc.

### 2.6.6 L'exemple du trouble de personnalité narcissique

Les principaux modes dysfonctionnels que l'on retrouve dans le trouble de personnalité narcissique sont les suivants<sup>9</sup> :

- Enfant vulnérable
  - Ce mode ressent des sentiments intenses d'infériorité et d'humiliation.
- Parent exigeant
- Enfant en colère
  - Lorsque le mode Enfant vulnérable menace de s'activer, le patient entre dans une phase de rage narcissique.
- Compensateur (« *self-aggrandizer* »)
  - Il s'agit du mode stratégique dysfonctionnel en avant-plan ; se caractérise par une part d'idéalisation de soi et de dévalorisation des autres.
- Protecteur détaché



## **Section 3 : Critères d'admissibilité à une thérapie des schémas**

### **3.1 Diagnostic selon le DSM-5**

Au cours du processus d'évaluation (cf. section 5.1), il peut être pertinent dans certains contextes de déterminer s'il y a présence d'un diagnostic psychiatrique selon le DSM-5. Pour ce faire, certaines échelles standardisées peuvent parfois être un complément utile au clinicien, permettant à la fois d'économiser du temps et de suivre la progression de la thérapie (disponibles en annexe).

## 3.2 Indications

La thérapie des schémas s'adresse à la structure de personnalité. Elle peut donc être indiquée lorsque des éléments propres à la personnalité de l'individu conduisent à une souffrance ou des difficultés de fonctionnement. Sur le plan diagnostique, elle est donc particulièrement indiquée lorsque les difficultés sont reliées à un trouble ou des traits de personnalité, et démontrée efficace dans le traitement des troubles de personnalité limite.<sup>10</sup>

Aucun diagnostic formel n'est requis pour entreprendre une démarche de thérapie des schémas. Ceci dit, certaines psychopathologies plus complexes et réfractaires nécessitent souvent un investissement psychothérapeutique plus long qui s'inscrit bien dans la philosophie de l'approche basée sur les schémas<sup>1,9</sup> :

- Trouble dépressif persistant ou réfractaire, y compris la dysthymie
- Troubles anxieux réfractaires à des interventions psychothérapeutiques de première ligne (trouble d'anxiété généralisée, trouble d'anxiété sociale et trouble panique)
- Troubles alimentaires légers à modérés (sans complications physiques)
- Troubles de personnalité, surtout des groupes B et C

## 3.3 Contre-indications

La thérapie des schémas est généralement contre-indiquée dans les situations cliniques où il y a présence d'une pathologie psychiatrique aiguë et/ou sévère, dont :

- des symptômes psychotiques actifs envahissants
- un trouble dépressif caractérisé d'intensité sévère
- un trouble alimentaire sévère nécessitant une hospitalisation
- une crise psychosociale
- un trouble de personnalité en crise suicidaire
  - Une personne souffrant d'un trouble de la personnalité et qui présente des agirs graves et dangereux à répétition pourrait bénéficier dans un premier temps d'une approche qui vise spécifiquement ces comportements (comme la thérapie dialectique comportementale).

- une problématique de toxicomanie à l'avant-plan
- une déficience intellectuelle modérée à sévère<sup>1</sup>

## Section 4 : Traitement pharmacologique

En présence d'une pathologie psychiatrique bien identifiable, un traitement pharmacologique est parfois indiqué en complément de la démarche de psychothérapie. Nous vous référons aux guides de pratique spécifiques à ces pathologies. Voici certaines lignes directrices disponibles :

- Trouble dépressif caractérisé et dysthymie : *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder*
- Troubles anxieux : *Canadian Anxiety Disorders Guidelines Initiative: Clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders (2014)*
- Trouble de personnalité limite : *NICE Clinical Guideline : Borderline personality disorder : Recognition and Management (2009, révisé en 2018)*.

Il est toutefois à noter que le taux d'efficacité des antidépresseurs demeure modeste dans le cas du trouble dépressif persistant. En effet, même après quatre essais d'antidépresseurs (de dose et de durée optimales), on retrouve un taux de rémission cumulative de 67 % – et donc une persistance des symptômes dépressifs chez le tiers d'entre eux<sup>11</sup>.

## Section 5 : Étapes de la thérapie des schémas

### 5.1 Évaluation

Le modèle classique propose une évaluation qui prend généralement de cinq à dix séances en fonction du degré de complexité du cas clinique, notamment de l'intensité des mécanismes de contre-attaque ou d'évitement faisant entrave à la reconnaissance des schémas et des modes du patient. Certains cliniciens réfèrent le patient à l'ouvrage de vulgarisation des schémas rédigés par Young (*Je réinvente ma vie*) pour favoriser une meilleure compréhension du modèle.

L'évaluation a pour objectif l'identification et la compréhension:

- Des patrons (*patterns*) de vie dysfonctionnels ;
- Des schémas précoces inadaptés et de leurs facteurs déclencheurs ;
- De l'origine des schémas dans l'enfance et l'adolescence ;
- Des styles et stratégies d'adaptation ;
- Du tempérament du patient;
- Des modes fréquents du patient

Une évaluation en cinq séances pourrait, par exemple, suivre la séquence suivante :

- Séance 1 :
  - Évaluation psychiatrique ou psychologique « standard »
  - Identification de la problématique et des objectifs du patient
  - Explications sur le cadre thérapeutique :
    - Politique sur les retards et les absences
    - Durée de chaque séance
    - Durée prévue de la thérapie
  - Brève psychoéducation sur le modèle des schémas
  - Explications sur le déroulement de la phase d'évaluation de la thérapie des schémas
  - Tâches à domicile :

- Lecture du chapitre 1 de *Je réinvente ma vie*
- Questionnaire des schémas de Young
- Séance 2 :
  - Retour sur le questionnaire des schémas de Young
  - Début de l'histoire longitudinale
  - Tâches à domicile :
    - Lecture du chapitre 2 de *Je réinvente ma vie*
    - Questionnaire des parents de Young
- Séance 3 :
  - Retour sur le questionnaire des parents de Young
  - Suite de l'histoire longitudinale
  - Tâches à domicile :
    - Lecture du chapitre 3 de *Je réinvente ma vie*
    - Questionnaire des compensations et des évitements (facultatif)
- Séance 4 :
  - Suite et fin de l'histoire longitudinale
  - Tâche à domicile : lecture du chapitre 4 de *Je réinvente ma vie*
- Séance 5 :
  - Présentation et adaptation de la conceptualisation de cas
  - Établissement d'objectifs psychothérapeutiques en lien avec la conceptualisation
  - Explications sur le déroulement de la phase active de changement en thérapie des schémas

### 5.1.1 Identification de la problématique

La première étape est l'identification de la problématique et des objectifs du patient. Il est important d'être spécifique et de nommer précisément le comportement à la source de la problématique<sup>1</sup>. Par exemple, au lieu de dire que « *Pierre a des problèmes amoureux* », il serait préférable de spécifier que « *Pierre ne s'engage dans des relations amoureuses qu'avec des partenaires distants, ce pour quoi il tente de compenser en les appelant plusieurs fois par jour pour être rassuré par rapport à leur amour.* »

Les objectifs devraient être établis selon le modèle SMART (*Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-based*), c'est-à-dire spécifiques, mesurables, réalistement atteignables, pertinents et soumis à un délai fixe.

### 5.1.2 Histoire personnelle détaillée

L'histoire personnelle détaillée représente la plus longue partie de l'évaluation. Il est particulièrement pertinent de détailler les événements marquants ou traumatiques pendant l'enfance et l'adolescence (abus physique ou psychologique d'une figure d'attachement, intimidation par les pairs, pauvreté, catastrophe naturelle, déménagements fréquents, etc.), l'histoire relationnelle (entente avec les parents, avec la fratrie et les amis, conflits latents dans la famille, attentes parentales, relations amoureuses et amicales, rapport à l'autorité, etc.), les difficultés scolaires ou professionnelles, les valeurs et les principes, les manifestations d'impulsivité, les comportements autodestructeurs ou agressifs, et de façon générale, les périodes à haut contenu émotionnel (ex : un patient de 50 ans pleure bizarrement en évoquant une simple défaite lors d'un championnat de hockey survenu à 11 ans). Selon les résultats obtenus aux questionnaires des schémas et des parents, certains types d'expériences pourront être questionnés plus en détails.

On tente également d'identifier les styles d'adaptations présentés dans le passé. Pour évaluer la réaction et le style d'adaptation d'un patient à une expérience difficile pendant l'enfance, il faut prendre en compte son tempérament et la présence ou non de personnes significatives ayant fourni des expériences émotionnelles correctrices. Par exemple, un enfant dont les parents ont été majoritairement absents pendant son enfance pourrait potentiellement développer un schéma Carence affective moins prégnant s'il avait bénéficié du soutien d'une grand-mère aimante très présente ayant partiellement répondu à ses besoins affectifs.

Le tempérament peut être évalué avec plusieurs questions portant sur les états affectifs du patient en jeune âge. Voici quelques exemples de questions à poser<sup>1</sup> :

- « Quel type de bébé étiez-vous selon vos parents? »
- « Comment étiez-vous perçu par votre famille en enfance? »
- « Aviez-vous beaucoup d'énergie? »

- « En jeune âge, quelle était votre attitude générale face à la vie? Étiez-vous plutôt pessimiste ou optimiste de nature? »
- « Aviez-vous tendance à vous impatienter, à vous inquiéter sans raisons valables? »

### 5.1.3 Questionnaires

Le questionnaire des schémas de Young (YSQ) est le seul dont la validité psychométrique a été démontrée. Bien que les autres questionnaires de cet auteur ne soient pas aussi bien validés sur le plan scientifique, ils ont tout de même démontré leur utilité clinique. L'usage systématique de questionnaires permet également de développer un point de référence commun avec le patient<sup>8</sup>.

Ce questionnaire est disponible en ligne en anglais, moyennant des frais d'accès ([www.schematherapy.org](http://www.schematherapy.org)). Il est également disponible dans le livre « La thérapie cognitivo-comportementale » de Louis Chaloult et collègues (2008) publié par Chenelière éducation. Finalement, il est possible de faire remplir par le patient une version raccourcie, disponible en français dans l'ouvrage destiné aux patients « Je réinvente ma vie ».

Lorsqu'on révise le questionnaire des schémas avec le patient, il faut d'abord explorer les items dont le résultat est élevé (soit une cote de 5 ou 6). Un schéma sera généralement significatif si trois items ou plus ont obtenu un score élevé.

Nous devons ici mettre en garde le clinicien à propos d'un « angle mort » fréquemment rencontré avec les questionnaires : ceux-ci ne décèlent généralement que les schémas devant lesquels le patient a « capitulé », et qui sont ainsi accessibles facilement à la mémoire consciente du patient. En conséquence, les schémas plus profonds ou « dissimulés » par les mécanismes d'évitement et de contre-attaque ne vont généralement pas obtenir un résultat significatif, d'où un potentiel d'omission majeure dans la conceptualisation du problème<sup>8</sup>. Ce type d'omission est souvent observé pour les schémas primaires, notamment le Schéma Imperfection/Honte qui peut être un « faux négatif » au questionnaire si le patient compense psychologiquement son manque d'estime personnelle avec un autre schéma (ex : Exigences élevées), ayant comme effet final de camoufler la blessure émotionnelle originelle liée au sentiment d'imperfection.



Le questionnaire des parents de Young est composé de plusieurs énoncés où le patient doit caractériser avec précision les attitudes ou comportements de ses figures d'attachement en jeunesse dans divers domaines liés aux besoins de l'enfant. Il permet d'identifier certains schémas probables qui pourraient avoir « disparu » au questionnaire des schémas en raison de phénomènes adaptatifs d'évitement ou de contre-attaque<sup>1</sup>. Par exemple, il est probable qu'un patient, dont la mère est décrite comme ayant été physiquement abusive en enfance, ait développé à l'âge adulte un schéma Méfiance/Abus, et ce, même si le questionnaire des schémas de Young ne cotait pas aux questions portant sur le schéma Méfiance/Abus (surtout si le patient utilise une stratégie d'évitement face à ses traumatismes).

En ce sens, les questionnaires des compensations et des évitements sont composés d'une série d'énoncés décrivant des attitudes pouvant laisser suspecter une compensation ou un évitement du patient face à ses schémas. Ces questionnaires ne permettent pas de mettre en évidence un schéma spécifique mais aident plutôt à explorer les styles d'adaptation du patient, et rendent souvent possibles la découverte de schémas ou modes potentiellement non accessibles à la pensée consciente du patient. Par exemple, si un patient rapporte consacrer plus de 16 heures par jour à des jeux vidéo, sans être capable de s'en passer et de préserver un équilibre de vie sain, le clinicien ira investiguer quelles émotions sous-tendent ce comportement d'évitement, et incidemment, quel(s) probables schéma(s) ou mode(s) se cachent sous cette dépendance problématique.

À l'inverse, certains schémas sont parfois sur-représentés dans le questionnaire de Young (faux positifs), notamment le schéma Sacrifice de soi. Ce type d'erreur est fréquemment observé quand le patient ne porte pas un jugement exact sur ses comportements en raison d'un manque assez notable d'autocritique. Par exemple, un patient souffrant d'un schéma « Droits personnels exagérés/Tout m'est dû » pourrait répondre en toute honnêteté dans le questionnaire de Young qu'il est trop dévoué pour autrui, négligeant ses besoins chroniquement au profit de ses proches (schémas Sacrifice de soi), alors que son entourage pourrait démentir la présence d'une telle problématique d'abnégation, décrivant au contraire des comportements principalement égocentriques au long cours chez ce dernier.

#### 5.1.4 Technique d'imagerie (facultatif)

Si le patient utilise des stratégies d'évitement au point où l'identification des schémas est difficile, des techniques d'imagerie peuvent être utilisées durant la phase d'évaluation. Elles permettront d'identifier et déclencher les schémas, de comprendre leur origine dans l'enfance, de les relier à la problématique actuelle, et permettront au patient de vivre les émotions associées au schéma.

On débute par l'imagerie d'un lieu réel ou imaginaire qui est sécurisant et rassurant (*safe place* ou lieu sûr). Par la suite, chaque exercice débutera et se terminera par cette imagerie en lieu sûr.

Le thérapeute qui n'a jamais utilisé de technique d'imagerie auparavant pourrait s'y préparer en faisant par lui-même l'exercice d'introduction à l'imagerie suivant, avant de la faire une première fois avec un patient.

- Fermer les yeux et se représenter dans un lieu sûr (en images, en remarquant les détails, les émotions) en ressentant un sentiment de sécurité et de relaxation
- Se représenter comme enfant dans une situation inconfortable avec un de ses parents (Qu'est-ce qu'on voit? Où est-on? À quel âge? Que se passe-t-il dans la scène?)
- Quelles sont les émotions et les pensées du patient dans la scène ravivée en mémoire? Qu'est-ce que votre parent ressent et pense?
- Dialoguer avec le parent
- Se demander comment on aimerait que le parent change ou soit différent dans l'imagerie, même si cela nous paraît impossible. Le dire au parent, dans des mots d'enfant.
- Comment est-ce que le parent réagit? Qu'est-ce qui se passe? Continuer jusqu'à la fin de la scène, et noter les émotions ressenties à la fin.
- Garder les yeux fermés. Intensifier l'émotion ressentie comme enfant. Puis, en gardant présente en soi l'émotion, remplacer l'image de l'enfant par une image d'une situation actuelle dans laquelle on ressent une émotion similaire (concept du pont affectif). Que se passe-t-il? Qu'est-ce qu'on ressent? Le dire à voix haute.
- Revenir au lieu sûr puis ouvrir les yeux.

L'imagerie faite avec le patient suivra une séquence similaire :

- Commencer par une imagerie en « lieu sûr », lequel sera déterminé par le patient.
- Demander au patient de laisser vagabonder ses pensées pour se représenter des images de situations difficiles dans l'enfance avec chaque parent.
- Demander au patient de parler à son parent dans l'imagerie.
- Changer pour une image de sa vie actuelle où il ressent une émotion semblable.
- Demander au patient de se livrer à un dialogue avec l'interlocuteur de la vie actuelle
- Terminer par un retour à l'imagerie en lieu sûr.

Ce processus peut être répété pour toutes les personnes significatives ayant contribué à la formation des schémas.

Idéalement, il faut prévoir de faire l'imagerie suffisamment tôt au cours de la séance pour permettre un retour centré sur les émotions vécues pendant l'imagerie.

### 5.1.5 Relation thérapeutique

Le thérapeute doit également être à l'écoute de sa propre impression subjective dans la relation thérapeutique, qui peut procurer des indices quant aux schémas et aux modes du patient, et quant à ses façons d'aborder les relations interpersonnelles à l'extérieur de la thérapie.

Par exemple, un patient porteur d'un schéma Méfiance/Abus pourrait se placer inconsciemment dans une position de victime par rapport au thérapeute. Il pourrait conséquemment ressentir de la méfiance vis-à-vis du thérapeute, puis induire chez ce dernier le sentiment d'être un bourreau alors qu'objectivement, aucun comportement du thérapeute n'irait dans ce sens. Le thérapeute prendrait alors note de la dyade « thérapeute abuseur/patient abusé » ainsi créée spontanément sans fondement dans la psyché du patient pour mieux comprendre sa dynamique relationnelle à l'extérieur de la thérapie.

### 5.1.6 Psychoéducation

À la dernière séance d'évaluation, le modèle des schémas est expliqué plus formellement au patient. On lui explique également quelles modalités (interpersonnelles, expérientielles, cognitives et comportementales) seront utilisées au cours de la thérapie.

On peut recommander au patient de se procurer le livre *Je réinvente ma vie* de Jeffrey Young dès la première séance. Une autre option serait de lui fournir un résumé condensé des notions théoriques qui seront couvertes au fil de sa thérapie.

### 5.1.7 Conceptualisation de cas

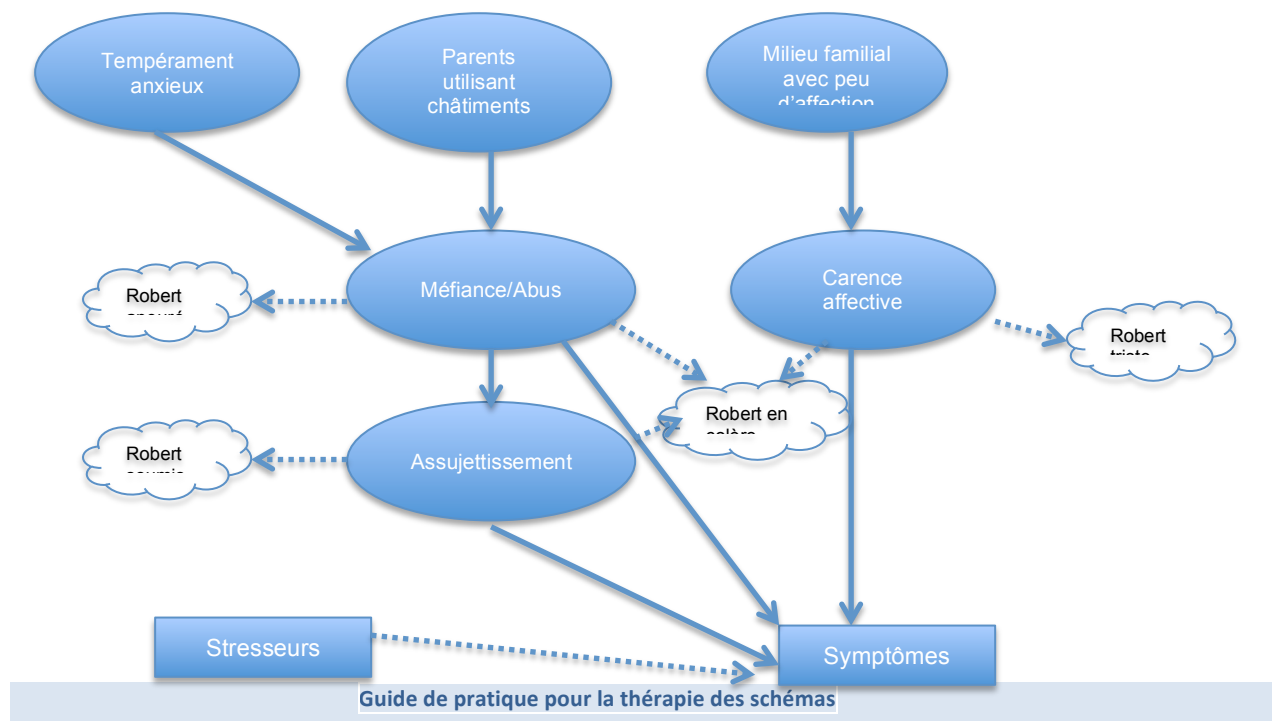
Une conceptualisation devrait contenir les éléments suivants :

- Informations de base (genre, âge, état civil, emploi, éducation, origine ethnique et religion)
- Raison de consultation
- Perspective diagnostique, incluant :
  - Diagnostic(s) DSM-5 si pertinent (tout en gardant en tête que la conceptualisation ne se basera pas uniquement sur le diagnostic psychiatrique, les schémas pouvant pratiquement tous être à la source de la raison de consultation : anxiété, dépression, somatisation, abus de substance, dysfonction sexuelle, etc.)<sup>1</sup>
  - Symptômes principaux dont se plaint le patient
  - Niveau de fonctionnement dans les sphères professionnelles, intimes, familiales, sociales et sur le plan de la réalisation de soi / de la spontanéité / de l'authenticité
- Problèmes principaux à résoudre, incluant des exemples spécifiques
- Origines dans l'enfance et l'adolescence des problèmes actuels, incluant :
  - Besoins psychologiques précoces non comblés
  - Expériences traumatiques/toxiques
  - Facteurs biologiques et liés au tempérament
  - Facteurs culturels, ethniques et religieux
- Schémas précoces inadaptés (avec déclencheurs actuels et exemples récents)
- Modes pertinents (avec déclencheurs actuels et exemples récents)
  - Bien détailler le mode Adulte sain pour chaque patient, en incluant dans la conceptualisation les forces, ressources, valeurs positives et habiletés du patient. Celles-ci pourront être mises de l'avant lors de la présentation de la conceptualisation au patient (entre autres, pour éviter un déclenchement trop intense du schéma Imperfection/Honte chez certains patients plus fragiles sur le plan de l'estime de soi)

- Interaction du mode Adulte sain avec les autres modes
- Relation thérapeutique :
  - Collaboration à la thérapie
    - Aspects positifs
    - Problèmes et obstacles
    - Schémas potentiellement déclenchés
  - Relation et lien de rematernage
  - Réactions contre-transférentielles (en lien avec les schémas du thérapeute constellés en présence du patient)
- Objectifs principaux de la thérapie, ainsi que les buts et la progression générale

Un résumé de la conceptualisation de cas est présenté au patient à la dernière séance d'évaluation, sous la forme d'une carte hiérarchisant les schémas et les modes, en y incluant les facteurs prédisposants, déclencheurs, protecteurs et d'entretien. La conceptualisation est présentée comme une série d'hypothèses et on invite le patient à nous aider à les préciser et les corriger. On encourage le patient à donner un nom personnalisé aux schémas et aux modes afin qu'il se les approprie (ex : « Antoine le raté » pour un Mode Enfant vulnérable lié à un schéma sous-jacent d'Imperfection/Honte).

Voici un exemple de conceptualisation sous forme de carte intégrant quelques schémas et modes :



Habituellement, il est utile de commencer par la présentation du mode Enfant vulnérable puis par celui des modes de Parent punitif ou exigeant. Ceci permet de valider les émotions négatives du patient, avant de passer aux modes d'adaptation dysfonctionnels, souvent plus confrontants et difficile à reconnaître<sup>9</sup>.

## 5.2 Phase active de traitement

Selon la sévérité des symptômes et l'intensité des schémas, cette phase se déroule typiquement en environ 30 à 60 séances.

Selon le modèle élaboré par Jeffrey Young, les schémas devraient être hiérarchisés (du plus au moins problématiques) et il est préférable d'avoir bien travaillé un schéma avant de passer au suivant. Cependant, l'expérience pratique nous apprend que les schémas et les modes sont intimement reliés (par exemple, un schéma Exigences élevées est souvent secondaire à un schéma Imperfection/Honte), de sorte qu'il devient pratiquement utopique de soigner les schémas de manière purement séquentielle. On peut donc se permettre une certaine flexibilité en travaillant spontanément les schémas ou modes au fur et à mesure qu'ils se déclenchent au cours de la thérapie, d'une part, par l'usage des situations de vie nouvelles du patient répertoriées dans son journal d'auto-observation des schémas (voir section 6.1), et de l'autre, par le recours à l'analyse de ses interactions stéréotypées avec le thérapeute.

Nous reviendrons ensuite plus en détails sur les différentes techniques utilisées, mais voici d'abord les principaux objectifs visés aux différentes étapes de traitement <sup>12</sup> :

- Création de l'alliance thérapeutique et régulation émotionnelle (à faire tout au long de la phase d'évaluation)
  - Évaluation, psychoéducation et compréhension de la problématique
  - Connexion avec l'Enfant vulnérable
  - Gestion des schémas et des modes d'adaptation dysfonctionnels
  - Régulation affective et stratégies d'adaptation
- Travail actif sur les schémas et modes
  - Remplacer les schémas et modes dysfonctionnels par des comportementaux ou modes adaptés
  - Combattre et défier les modes du Parent punitif/exigeant
  - Aider l'Enfant vulnérable à guérir à travers un rematernage limité et des expériences émotionnelles correctrices (par exemple avec une technique d'imagerie)
  - Rediriger l'énergie des Enfants impulsif et en colère vers des actions d'Adulte sain
- Objectifs en termes de schémas ou de modes :

- Prise de conscience des schémas ou modes : techniques surtout cognitives, un peu expérientielles
- Gestion des schémas ou modes : techniques comportementales et de pleine conscience
- Guérison des schémas ou modes : techniques expérientielles (imagerie, lettre aux parents, dialogue entre les chaises, etc.) et expériences émotionnelles correctrices dans la relation thérapeutique
- Autonomie
  - Développement des modes de l'Adulte sain et de l'Enfant heureux et d'un accès fiable à ces modes
  - Individuation
  - Développement de relations saines dans la vie courante
  - Terminaison graduelle de la thérapie

### 5.2.1 Techniques cognitives

De façon générale, on débute par l'utilisation de techniques cognitives. Les exercices cognitifs sont rarement suffisants à eux seuls pour « guérir » les schémas dysfonctionnels chez un patient, mais ils sont fort utiles pour créer une dissonance cognitive face à ceux-ci, et ainsi accroître la motivation du patient à s'impliquer ultérieurement dans les techniques comportementales et expérientielles. Ainsi, les techniques cognitives décrites ci-dessous n'ont pas la prétention de corriger de façon durable les distorsions cognitives du patient à propos de soi ou d'autrui puisqu'elles ne s'adressent pas directement au cerveau émotionnel du patient, soit à son système limbique. Ces outils cognitifs servent essentiellement à créer une forme de révolte intérieure du patient contre ses schémas et ses modes malsains, et donc à augmenter sa conscience du problème et son désir de changement.

#### 5.2.1.1 Origine des schémas et test historique<sup>1</sup>

Durant la phase d'évaluation, le patient compile la liste des événements de son passé ayant contribué à la création de ses schémas à chaque période de sa vie. Il regarde avec le thérapeute comment certaines expériences précoces avec ses figures d'attachement ont pu façonner sa vision de soi et du monde. Cet exercice permet de valider la souffrance du patient,



de mieux comprendre les racines de ses difficultés et de le déculpabiliser face à l'origine de ses schémas.

Dans la phase de traitement, le patient fait ensuite le « test historique », c'est-à-dire qu'il dresse une liste de preuves qui militent pour justifier la croyance liée au schéma et de celles qui permettent de réfuter le schéma. Cet exercice est fait pour tous les schémas identifiés. Ceci crée une dissonance cognitive en montrant que les croyances découlant du schéma sont soit carrément fausses, très exagérées ou subjectives.

Soulignons qu'il est généralement beaucoup plus facile pour les patients d'énumérer la liste des preuves qui justifient la croyance fondamentale liée au schéma (p. ex. « je suis un homme raté parce que je n'ai pas d'emploi »), car ils ont souvent passé leur vie à minimiser les informations contredisant la thèse évoquée par leur schéma (p. ex. ne pas tenir compte du succès obtenu dans d'autres sphères de vie avant de conclure que l'on est un « homme raté ».)

Quoi faire :

- Au début, si nécessaire, fournir beaucoup d'aide pour composer la liste des arguments qui vont à l'encontre de la croyance fondamentale découlant du schéma.
- Poser des questions plus suggestives, en se référant si nécessaire à des éléments déjà connus de l'histoire de vie du patient.

Le test historique met parfois en relief des échecs réels vécus par le patient dans le passé si des mécanismes de procrastination ou d'évitement chronique ont empêché ce dernier de fonctionner à son plein potentiel. Ce bilan authentique sur sa vie peut induire chez certains patients une dysphorie transitoire à laquelle le clinicien se doit d'être empathique.

Quoi faire :

- Ne pas tenter de nier ou d'édulcorer les faits;
- Recadrer les preuves en faveur du schéma :
  - Recadrer les expériences toxiques d'enfance comme résultant d'une dynamique familiale ou sociale pathologique plutôt que de la vérité du schéma.
  - Recadrer les expériences en faveur du schéma vécues pendant la vie adulte comme résultant de la perpétuation du schéma (« le schéma se bat pour survivre »).

- Faire naître l'espoir qu'il est possible de changer ces *patterns* via la thérapie pour pouvoir un jour ajouter des arguments allant à l'encontre de la croyance découlant du schéma.

### 5.2.1.2 Journal des schémas (Auto-observation des schémas)

Le journal des schémas (section 6.1) est un exercice d'auto-observation primordial que l'on peut généralement prescrire à la fin de chaque séance. Il permet au patient le développement progressif d'un regard introspectif sur ses pensées, ses émotions et ses comportements, en établissant des liens plus clairs entre ses états mentaux (modes) et ses actions, et enfin, en tentant d'adopter au fil du temps une posture de non-jugement et d'auto-compassion, soit l'émergence d'un mode Adulte sain<sup>8</sup>.

SITUATION OU ÉVÉNEMENT	SCHÉMA ET ÉMOTIONS	PENSÉES AUTOMATIQUES	PENSÉES ADAPTÉES	RÉSULTAT	ACTION
Décrire brièvement la situation ou l'événement	Spécifier le schéma et l'émotion, puis évaluer son intensité (0-100%)	Écrire vos pensées au moment où est survenue l'émotion	Écrire les pensées adaptées	Réévaluer l'intensité de votre émotion (0-100%)	Écrire la conduite (ou les comportements) découlant des pensées adaptées
Mon conjoint est arrivé en retard au restaurant.	Abandon ; tristesse (80 %)	Je ne compte pas vraiment pour lui. Il va me laisser bientôt de toute façon. Tout le monde finit toujours par m'abandonner.	Il avait peut-être une bonne raison d'être en retard ; J'ai des amis de longue date qui ne m'ont jamais	Tristesse (20 %)	Demander à mon conjoint ce qui s'est passé, sans sauter aux conclusions.

			abandonnée		
--	--	--	------------	--	--

En début de thérapie, le patient remplit seulement les trois premières colonnes afin d'auto-observer ses schémas. Les trois dernières seront complétées en séance avec le thérapeute.

Au moment du retour en séance:

- Faire du questionnement socratique favorisant la mentalisation, par exemple<sup>8</sup>:
  - Qu'est-ce qui a déclenché cette émotion ?
  - Que ressentiez-vous dans votre corps ?
  - Quelles étaient les pensées à ce moment ?
  - Comment pensiez-vous que la personne se sentait à ce moment-là ?
- Rechercher les pensées alternatives adaptées en utilisant des techniques de restructuration cognitive.

On essaie de transmettre au patient l'idée qu'il n'y a pas de « bonne réponse » absolue, mais plutôt des perspectives qui diffèrent en fonction de l'affect sous-jacent à un moment donné dans le temps, et qui ont des conséquences qui peuvent être très différentes.

Lorsque la thérapie est plus avancée, le patient commence à remplir par lui-même les six colonnes du tableau.

### *5.2.1.3 Coût-bénéfice des schémas ou des styles d'adaptation dysfonctionnels*

Cette technique a pour but d'augmenter la motivation au changement en explorant les avantages présents et passés, mais aussi les impacts négatifs d'un schéma ou mode donné. En d'autres termes, il s'agit d'établir le « coût-bénéfice » du style d'adaptation dysfonctionnel.

Étapes<sup>8</sup> :

- Identifier et étiqueter le mode ou schéma
- Valider l'utilité de son existence et sa fonction
- Analyse fonctionnelle sur l'utilité du mode :

- Depuis quand existe-t-il ?
  - De quoi ce mode ou ce schéma s'occupe-t-il?
  - Qu'arriverait-il s'il n'était plus là? Quel est le pire qui pourrait arriver sans ce mode ou ce schéma?
  - Qu'est-ce que votre « voix intérieure » est en train de dire à propos de l'idée de vous retirer ce mode ou ce schéma?
  - Que devons-nous faire pour permettre au mode (évitant ou protecteur) ou au schéma de se mettre à l'écart pendant quelques minutes pour nous permettre de tenter de faire autrement?
- Résumer l'utilité de la stratégie d'adaptation
  - Demander de faire une « expérience » où la stratégie d'adaptation « quitte » pendant dix minutes pour revenir après la fin de la séance. Par exemple, demander au mode Protecteur détaché du patient de quitter pour nous laisser parler au mode Enfant vulnérable sous-jacent.

#### 5.2.1.4 Fiches d'aide thérapeutique (cf. section 6.3)

Après la recherche de pensées adaptées, on commence à rédiger des fiches d'aide thérapeutique en séances. Elles résument des réponses saines à des déclencheurs spécifiques des schémas.

Exemple<sup>1</sup>:

<p><b>Identification de l'émotion</b></p> <p>En ce moment je ressens _____ (émotion) parce que _____ (situation).</p> <p><b>Identification du schéma</b></p> <p>Cependant, je sais que c'est probablement mon schéma _____ qui est déclenché, et qui provient de _____ (origine).</p> <p>Ce schéma m'amène à exagérer à quel degré _____ (distorsion cognitive liée au schéma)</p>
--

**Épreuve de réalité**

Même si je crois que \_\_\_\_\_

(croyance fondamentale liée au schéma), la réalité est que

\_\_\_\_\_ (pensée adaptée).

Les preuves en faveur de cette pensée adaptée sont \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (exemples spécifiques)

**Comportement**

Donc, même si j'ai envie de \_\_\_\_\_

(comportement inadapté), je pourrais plutôt \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (comportement adapté).

Initialement, le thérapeute est plus actif dans le processus et peut dicter la fiche d'aide pendant que le patient l'écrit. Le processus devient de plus en plus coopératif à mesure que la thérapie avance. Vers la fin, le patient peut la remplir seul entre les séances en devoir.

Les fiches d'aide thérapeutique peuvent être utiles pour aider la régulation émotionnelle lorsque le schéma est déclenché. Elles seront aussi utilisées lors de la prescription d'exposition comportementale graduée.

**5.2.2 Techniques expérientielles<sup>1</sup>**

L'objectif des techniques expérientielles est de « soigner » le schéma du patient à un niveau émotionnel plus profond (directement par la voie limbique), en déclenchant en séance les émotions reliées aux schémas précoces inadaptés et en « rematnant » le patient pour apaiser ses émotions afin de répondre le plus possible à ses besoins affectifs non comblés. Les techniques expérientielles permettent donc aux patients désormais capables de combattre rationnellement leur croyance fondamentale découlant de leurs schémas, mais restant affligés par la souffrance émotionnelle de ceux-ci, de passer à une intégration plus grande des composantes affectives et cognitives de leur Mode Adulte sain. Ces techniques sont en quelque sorte des « expériences émotionnelles correctrices » induites volontairement par le thérapeute

au fil de la démarche de psychothérapie. Nous décrivons maintenant cinq de ces techniques, soit l'imagerie, le pont affectif, le dialogue entre les chaises, la pleine conscience et la lettre aux parents.

### *5.2.2.1 Imagerie*

Il est souhaitable de prévoir une séance complète de 50 minutes pour la première imagerie (10 minutes pour les explications sur le but et le déroulement de l'imagerie, puis une imagerie d'environ 25 à 30 minutes, puis 10 à 15 minutes pour la rétroaction sur l'imagerie). Les exercices d'imagerie subséquents pourront généralement être plus brefs (en moyenne 20 à 30 minutes).

Voici quelques instructions générales à donner au patient lors des exercices d'imagerie<sup>1</sup> :

- Fermer les yeux (pour favoriser l'immersion dans son monde intérieur)
- Laisser ses pensées vagabonder jusqu'à ce qu'une image vienne à l'esprit (cette étape peut être plus longue les premières fois; éviter de mettre de la pression au patient)
- Décrire ce qu'il voit, au présent et à la première personne du singulier, comme si la scène revécue était en train d'arriver
- Utiliser le plus possible des images pour décrire ce que l'on se remémore, en évitant de se censurer ou d'interpréter la scène avec notre regard d'adulte ; l'expérience devrait s'apparenter à celle du visionnement d'un film dans notre tête.
- Demander au patient ce qu'il voit, entend, goûte, sent et touche (via les sens).
- Explorer les émotions et les sensations corporelles du patient
- Explorer les pensées et les émotions de tous les « personnages » présents dans l'imagerie
- Demander au patient de parler à voix haute pour dire aux autres personnages comment il se sent

Le thérapeute guide ainsi le patient avec les instructions décrites ci-haut. Il tente en même temps de se sentir en immersion dans la scène détaillée par le patient afin de comprendre également le schéma sur le plan expérientiel. Plusieurs thérapeutes trouveront donc utile de fermer les yeux eux aussi pendant l'exercice pour réussir à s'imaginer de façon plus réaliste la scène évoquée par le patient.

Il est important de toujours faire après un retour sur l'imagerie en explorant avec le patient comment il l'a vécue subjectivement et en tentant de tisser des liens avec les schémas répertoriés dans leur conceptualisation de cas.

Il existe plusieurs types d'imagerie :

- Imagerie en lieu sûr<sup>1,8</sup>
  - On commence et on termine toutes les imageries par une imagerie en lieu sûr.
  - Le patient se remémore une scène survenue alors qu'il était enfant et où il se trouvait dans un endroit sécuritaire, ou alors une scène imaginaire où il se sent en sécurité. Le thérapeute tente alors de diminuer les distractions et d'apaiser le patient (« vous êtes en sécurité, vous êtes calme »).
  - Cet exercice est primordial pour les patients ayant subi des traumatismes majeurs pendant l'enfance, et qui seront souvent incapables de générer de leur propre chef une image apaisante en lieu sûr. Ces patients auront besoin de davantage de l'aide du thérapeute.
  - Étapes :
    - Adopter une posture confortable
    - Créer dans notre esprit un lieu entièrement sécuritaire
    - Ajouter des détails, en utilisant la perception des cinq sens
    - Relaxer physiquement
    - Rester dans le lieu sûr de 5 à 10 minutes
    - Revenir en comptant à rebours de 10 à 1, puis ouvrir les yeux.
  
- Imagerie de rescriptage d'un évènement passé
  - Elle ne change pas le souvenir en soi mais plutôt sa signification et la valence émotionnelle ressentie par le patient.
  - Étapes<sup>8</sup> :
    - Préparation :
      - Rassurer le patient qu'il reste en contrôle et peut revenir au lieu sûr à n'importe quel moment s'il se sent inconfortable
      - Le patient et le thérapeute ferment les yeux et adoptent une posture ouverte (pour éviter le mode Protecteur détaché).

- Annoncer la durée prévue de l'imagerie
- Faire l'imagerie en lieu sûr (au moins 5 minutes)
- Laisser vagabonder les pensées jusqu'à un souvenir qui déclenche un mode ou un schéma
  - On peut utiliser la technique du pont affectif (voir section 5.2.2.2) si le patient est déjà activé émotionnellement par une situation récente, en demandant simplement au patient de faire resurgir dans son esprit une scène où il vivait une émotion semblable à celle décrite dans sa vie courante.
- Décrire la scène en détail (au moins 1 à 3 minutes) pour obtenir une activation émotionnelle
- Appuyer symboliquement sur « pause » et demander au patient quels sont les émotions et les besoins de l'enfant dans la scène revécue.
- Demander au patient si le thérapeute peut entrer dans l'imagerie. L'aider à changer de perspective, en entrant à nouveau dans la scène avec le patient ayant son âge actuel qui portera un regard d'adulte sur l'enfant qu'il voit dans la scène en question. Explorer les émotions spontanées du patient en mode Adulte sain, en tentant de libérer une colère constructive contre la situation de privation des besoins affectifs de l'enfant.
- Réévaluer la scène et examiner les effets du comportement du parent (ou de la figure d'attachement) sur l'enfant, sans prendre en compte ses intentions.
- Aider le patient à s'affirmer dans l'imagerie pour répondre à ses besoins affectifs. Cette étape permet souvent au patient d'épancher une certaine dose de colère envers la personne ne répondant pas à ses besoins affectifs, mais peut donner libre cours à d'autres émotions légitimes telles que la tristesse, la honte, la peur ou le dégoût.
- Rematerner le patient en tentant de répondre à ses besoins psychologiques. Demander au patient quelles sont les émotions ressenties envers l'enfant ; en induisant progressivement une posture d'autocompassion, sinon rechercher les modes du critique intérieur (mode parent punitif ou exigeant) qui peuvent parfois nuire à l'expression d'une sincère empathie envers le mode Enfant vulnérable du patient.



- (Optionnel) Revenir à la scène actuelle et demander au patient, en mode Adulte sain, de trouver une solution réaliste au problème. Explorer les émotions.
  - Revenir à l'imagerie en lieu sûr
- Imagerie dirigée vers le futur (imagerie de pratique)<sup>8</sup>
    - En préparation à des exercices comportementaux plus difficiles (ex : dire non à un parent encore autoritaire à l'âge adulte malgré une terreur face à sa réaction potentielle)
    - Création d'une zone d'espoir et réalisation de buts précis: pour imaginer « la journée idéale », ce qui permet d'établir des objectifs psychothérapeutiques pour l'avenir.

#### 5.2.2.2 Pont affectif

Le pont affectif est l'équivalent d'un lien associatif dans lequel on suit le « filon » de l'affect entre une expérience récente et une expérience antérieure.

Le pont affectif peut être utilisé dans l'imagerie ; si le patient est émotionnellement activé par le déclenchement d'un schéma en séance, on peut lui demander de fermer les yeux, puis de laisser vagabonder ses pensées vers un souvenir où il a déjà ressenti une émotion similaire, pour ensuite procéder à une imagerie de rescriptage. Ceci permettra aussi au patient d'arriver à une meilleure compréhension émotionnelle de la provenance de ses schémas et de leur fonction dans la situation actuelle. Par exemple, si on utilisait la technique du pont affectif avec un patient qui exprime une grande colère en lien avec une situation où il a été critiqué au travail la veille, il pourrait se remémorer une scène où il se faisait humilier par sa mère après une mauvaise note, et on pourrait procéder à une imagerie de rescriptage.

#### 5.2.2.3 Dialogue entre les chaises (ou entre les modes)<sup>1</sup>

Cette technique de nature volontairement théâtrale permet au patient de prendre conscience de ses divers modes dysfonctionnels en les personnifiant de manière séquentielle dans chacune des chaises préalablement reliées à un mode du patient. Un objectif additionnel de cette technique expérientielle est de renforcer le mode Adulte sain du patient en lui permettant de l'incarner pleinement en séance.

Le thérapeute peut commencer par donner un exemple concret de l'exercice expérientiel visé en simulant un dialogue entre les chaises qui met en jeu les modes répertoriés chez le patient.

Étapes du dialogue entre les chaises<sup>8</sup> :

- Placer plusieurs chaises de façon adjacente dans le bureau du thérapeute. Le nombre de chaises vides doit correspondre au nombre de modes qui seront incarnés par le patient durant l'exercice (ex : 3 chaises vides adjacentes, une pour le mode Adulte sain, une pour le mode Enfant vulnérable et une pour le mode Parent punitif)
- Nommer les modes et attribuer une chaise à chacun d'entre eux.
- Dialoguer à propos d'une situation actuelle ou passée ayant activé les schémas/modes.
- Faire « témoigner » chaque mode en laissant le patient exprimer l'émotion qui y est associée. Changer de chaise à chaque fois que le patient incarne un nouveau mode.
- Faire dialoguer les modes rapidement les uns avec les autres pour créer un contraste psychologique évident pour le patient (environ une minute par mode).
  - N.B. Parler à la première personne pour les modes de l'Enfant et de l'Adulte sain et à la deuxième personne pour les modes du Critique intérieur (Mode Parent punitif ou exigeant).
- Interrompre le patient s'il glisse vers un mode de capitulation alors qu'il est assis dans la chaise de l'Adulte sain ou s'il adopte à son insu un mode de Protecteur détaché.

Classiquement, le thérapeute joue d'abord l'Adulte sain et le patient joue le mode d'adaptation dysfonctionnel. Éventuellement, le patient sera capable d'incarner soit l'Adulte sain ou les deux modes.

Quelques techniques peuvent être utilisées si le patient a de la difficulté à se prêter entièrement à l'exercice du dialogue entre les chaises<sup>8</sup> :

- Technique de distanciation
  - Le patient joue le rôle de son meilleur ami pour expliquer une situation donnée et essaie de nommer ses besoins et les stratégies à adopter.
- Technique de substitution
  - Le thérapeute remplace le patient en mode enfant par un « vrai » enfant (p. ex. l'enfant du patient) pour permettre au patient d'accéder à ses « *hardwired caretaking circuits* » (p. ex. colère, désir de protéger l'enfant, etc.)
- Techniques d'activation émotionnelle (ex : serrer les poings pour mieux ressentir la colère, regarder une photo de l'enfant avant de faire l'exercice, etc.)
- Utiliser la station debout pour regarder les chaises vers le bas et ainsi se sentir en position témoin quand on incarne le mode Adulte sain (distanciation saine), ou pour se sentir plus dominant quand on incarne le mode Parent punitif envers le mode Enfant vulnérable (accentuation émotionnelle).

Le lecteur pourra, s'il le souhaite, se référer à l'ouvrage de Young pour des exemples de dialogue entre les chaises.

#### 5.2.2.4 Pleine conscience

Des exercices de pleine conscience peuvent être enseignés au patient, dans l'esprit de la TCC de troisième vague. Précisons que ce type de technique contemplative ne vise pas la « guérison » des schémas et des modes, mais bien la saine gestion de ceux-ci. Il est d'ailleurs plus réaliste d'enseigner d'entrée de jeu au patient que les schémas sont rarement complètement « guéris » au terme de la démarche de thérapie et qu'il faut par conséquent développer des outils pour apprendre à vivre au quotidien avec leur souffrance émotionnelle.

Une fiche de pleine conscience peut être rédigée lorsqu'une réaction à un schéma est déclenchée<sup>13</sup>. Elle devrait comporter les éléments suivants :

- Ce que le patient ressent maintenant, dans le moment présent (sensations corporelles, émotions, propensions à l'action).
  - Demander au patient d'observer ce qu'il ressent pendant quelques minutes, sans tenter de changer quoi que ce soit, sans juger, sans s'agripper ni repousser une

pensée ; si une pensée surgit, remarquer sa présence, puis retourner à ce qu'il ressent.

- Pourquoi a-t-il cette réaction?
  - Quel schéma ou mode a été réactivé? Quelles sont les origines de ce schéma ou de ce mode?
- Jugement éclairé
  - Demander au patient de prendre le temps de bien évaluer la situation, en vérifiant si une partie de lui peut ressentir les choses différemment, et si une partie de lui est conscient que son schéma n'est pas entièrement vrai.
  - Rechercher un doute (même très faible) sur la véracité du schéma
  - Vérifier si son interprétation actuelle de la situation est en désaccord avec ses besoins et valeurs
- Action juste
  - Déterminer quelle est l'action optimale qui permettra au patient de tenir compte de ses besoins fondamentaux, et ce dans cette situation précise et selon ce qui est possible dans la réalité.
  - Une fois cette action identifiée, choisir de la poser, et ce quelles que soient les émotions ou les autres propensions à l'action (et même si le schéma est toujours ressenti).

Pour davantage d'outils et d'exercices de pleine conscience, le lecteur pourra se référer à la section Méditation du site TCC Montréal (<https://tccmontreal.com/mbct/>).

#### 5.2.2.5 *Lettre aux parents*<sup>1</sup>

On demande au patient d'écrire une lettre à un parent ou à une autre personne significative qui l'a blessé à l'enfance ou à l'adolescence. Le patient apporte la lettre en séance et la lit à voix haute au thérapeute. Le but de l'exercice pour le patient est de se connecter avec les émotions ressenties en écrivant la lettre afin de permettre au thérapeute de déployer une attitude de rematernage limité en séance qui l'aidera à apaiser son schéma. Un objectif complémentaire est que le patient puisse plus facilement se mettre en position de témoin de son récit narratif (posture *mindful*) quand il s'entend relater à voix haute son vécu subjectif avec le proche en question.

Il est important de dire au patient de ne pas partager le contenu de la lettre à la personne concernée (du moins, avant une discussion formelle avec le thérapeute sur l'impact réel sur leur relation que pourrait engendrer la divulgation d'une telle lettre). Plusieurs patients décideront de ne jamais faire parvenir cette lettre à la personne concernée pour éviter une forme d'autocensure lors de l'écriture de la lettre qui serait liée à la crainte légitime de blesser leur proche ou de s'aliéner une personne significative dans leur vie.

La lettre est une opportunité pour le patient de nommer ses émotions et de s'affirmer par rapport à ses besoins affectifs non comblés. Elle devrait contenir dans des paragraphes distincts (et dans cet ordre):

- Ce que le parent a fait (ou n'a pas fait) pendant l'enfance qui était blessant
- Les émotions du patient par rapport au parent découlant de ses actions
- Ce qu'il aurait voulu que le parent fasse à l'époque (description des comportements ou attitudes qui auraient répondu aux besoins)
- Comment il souhaiterait faire évoluer la relation avec le parent aujourd'hui.

#### *5.2.2.6 Obstacles lors des techniques expérientielles et trucs pour les contourner*

Problèmes rencontrés pendant les techniques expérientielles<sup>8</sup>:

- Évitement de l'imagerie par le patient
  - Peut être le reflet d'un mode Protecteur détaché
  - Quoi faire :
    - Nommer l'évitement du patient dans une approche de confrontation empathique
- Difficulté à entrer en contact avec les schémas :
  - Quoi faire :
    - Faire raconter un évènement récent ayant déclenché un affect négatif
    - Être en contact avec les déclencheurs, schémas sous-jacents, émotions, sensations corporelles, impulsions et besoins
    - Être en contact avec les émotions actuelles
    - Ralentir (ne pas laisser le patient passer trop vite sur les détails)
    - Augmenter l'entrée en contact avec les émotions (le patient ferme les yeux pour augmenter l'intensité émotionnelle)

- Établir des liens historiques
- Une fois l'activation émotionnelle établie, entreprendre une technique expérientielle.
- Intolérance aux affects négatifs chez le patient
  - Quoi faire : utiliser des techniques de régulation émotionnelle

### 5.2.3 Techniques comportementales

Il s'agit généralement de la plus longue phase du traitement. Afin que le patient puisse s'engager adéquatement dans les techniques comportementales, il doit habituellement avoir progressé de façon préalable dans la mise en application des techniques cognitives et expérientielles.

Lorsque nécessaire, le thérapeute peut aussi utiliser des techniques comportementales classiques (relaxation, algorithme de gestion de la colère, stratégies d'auto-contrôle, exposition graduée aux situations anxiogènes, etc.).<sup>1</sup>

Les techniques comportementales permettent de changer les comportements qui perpétuent le schéma, soit par évitement, contre-attaque ou capitulation.<sup>1</sup>

Exemple de comportement problématique: un patient avec le schéma Abnégation adopte une stratégie dysfonctionnelle de capitulation et passe ses fins de semaine à faire toutes les tâches ménagères afin de permettre à son mari de s'investir dans ses loisirs.

Exemple d'exposition graduée : le thérapeute et le patient s'entendent pour que le patient demande à son mari de s'occuper de la vaisselle à une reprise la fin de semaine pour lui permettre d'aller à une exposition artistique.

Étapes :

1. Adresser les craintes du patient et expliquer la pertinence des expériences comportementales
2. Définir des comportements **spécifiques** comme cibles de changement :
  - Pour ce faire :

- Détailler au maximum les situations problématiques rapportées par les patients, si nécessaire avec l'aide de l'imagerie ;
  - Observer les comportements interpersonnels problématiques dans la relation thérapeutique.
3. Prioriser les comportements à changer en partenariat avec le patient :
    - Commencer par des comportements spécifiques dans un domaine (p. ex. façon d'interagir avec un conjoint ou un employeur) plutôt que par des changements majeurs dans sa vie (p. ex. divorce, changement d'emploi)
    - Commencer par le comportement qui cause le plus de détresse au patient et qu'il se sent tout de même capable de modifier.
  4. Construire la motivation au changement :
    - Établir le lien entre le comportement et son origine dans l'enfance
    - Évaluer les avantages et les désavantages de poursuivre ce comportement.
    - La confrontation empathique est souvent nécessaire à ce stade.
  5. Fiches d'aide thérapeutique
  6. Jeux de rôle et pratique du comportement en imagerie (si nécessaire)
  7. Prescription d'exposition graduée aux schémas *in vivo*, avec un devoir concret et spécifique

#### 5.2.3.1 Fiches d'aide thérapeutique<sup>1</sup>

Après avoir décidé avec le patient d'un devoir comportemental d'exposition graduée, on rédige en séance une fiche d'aide thérapeutique à propos du comportement problématique ciblé. On demande au patient de la relire avant de faire l'expérience comportementale.

#### 5.2.3.2 Jeux de rôle et imagerie<sup>1</sup>

Dépendant du degré d'anxiété vécu par le patient en lien avec l'expérience comportementale, on peut faire un jeu de rôle pour le pratiquer en séance. Le thérapeute joue d'abord le patient pour modeler le comportement sain et le patient joue son interlocuteur ; ils échangent ensuite de rôle.

L'imagerie orientée vers le futur peut également être utilisée.

### 5.2.3.3 Prescription d'exposition graduée<sup>1</sup>

Le patient et le thérapeute décident ensemble d'une expérience comportementale ciblant un comportement problématique lié au schéma ou au mode, et le patient la met par écrit.

À la séance suivante, le thérapeute fait un retour sur le devoir en le félicitant pour l'effort déployé si le devoir a été complété.

Quoi faire si le patient ne fait pas ses expériences comportementales<sup>1</sup> :

- Explorer la nature de la résistance et poser la question directement au patient.
  - Quelques sources de résistance possible :
    - Peur des conséquences du changement ;
    - Colère par rapport à la nécessité de changer ;
    - Difficulté à tolérer l'inconfort lié au changement ;
    - Croyances ou émotions difficiles à surmonter ;
    - Ne croit pas à la possibilité d'un changement positif.
- Imagerie
  - Imagerie portant la situation problématique pour mieux visualiser la nature de la résistance
  - Imagerie sur un futur hypothétique où le patient adopte le nouveau comportement et en subit les conséquences – y a-t-il des conséquences négatives ?
- Dialogue entre la résistance et l'Adulte sain
  - Permet d'identifier le mode qui empêche le changement, puis d'entrer en dialogue avec ce mode.
- Fiche d'aide thérapeutique adressant la résistance et suggérant au patient des techniques pour la surmonter.
- Si la résistance est identifiée et travaillée avec succès, le même devoir peut être tenté à nouveau. Sinon, le thérapeute peut diminuer le degré de difficulté du devoir, ou changer de cible pour un autre comportement problématique, puis y revenir plus tard. Le fait de réussir des devoirs bâtira le sentiment de compétence du patient et renforcera son impression de locus de contrôle interne.



- Si l'évitement se poursuit, continuer à utiliser la confrontation empathique pour encourager les changements comportementaux.
- Explorer ouvertement la possibilité que le patient adopte un rôle passif et n'assume pas sa part de responsabilité en regard de l'amélioration de son état clinique<sup>8</sup>. En effet, certains patients ayant recours à la pensée magique pourraient s'imaginer à tort que la psychothérapie les guérira sans avoir à déployer d'efforts entre les séances.

## 5.3 Relation thérapeutique

### 5.3.1 Attitude générale thérapeutique du clinicien

L'attitude thérapeutique à adopter inclut le rematernage limité (*limited reparenting*) et la confrontation empathique. Le dévoilement à visée thérapeutique peut parfois aussi être utile. On tente par ailleurs d'instaurer une atmosphère de spontanéité, de respect, d'humilité et de franchise. L'ambiance en séance peut même être ludique lorsqu'indiqué.

#### Rematernage limité<sup>1,8</sup>

Le thérapeute tente, dans les limites du cadre de la thérapie, de répondre avec chaleur et authenticité aux besoins non comblés du patient pour qu'il vive en séance une expérience émotionnelle correctrice. Il essaie de maintenir une connexion émotionnelle avec le patient en lui donnant le sentiment d'être compris et fondamentalement accepté et adopte une attitude validante (« il est difficile de changer, mais essayons »). Éventuellement, il sera internalisé par le patient comme faisant partie du mode Adulte sain. Le thérapeute doit viser un équilibre en ne faisant pas pour le patient ce qu'il peut faire par lui-même (surprotection), tout en ne le laissant pas être submergé sur le plan affectif (manque de protection).

Les besoins du patient varient selon le mode présent en séance<sup>12</sup> :

- Enfant vulnérable : protection, validation et réconfort
- Enfant en colère : opportunité de ventiler et d'être entendu; besoin de respect de la limite imposée par le patient.
- Enfant impulsif ou indiscipliné : confrontation empathique et mise en place de limites adaptées, bienveillantes, constructives, claires et cohérentes par le thérapeute face à des attentes non raisonnables du patient
- Protecteur détaché, contre-attaque (compensateur) et capitulation : identification et réponse au besoin sous-jacent (souvent lié celui de l'Enfant vulnérable).

### Confrontation empathique<sup>1</sup>

L'attitude thérapeutique idéale du clinicien réside dans une posture d'empathie envers la raison d'être du schéma, mais aussi dans une posture de confrontation opportune du caractère faux et dysfonctionnel du schéma, et ce afin de faire évoluer le patient vers des comportements plus adaptatifs et vers une meilleure qualité de vie. Le thérapeute valide tout d'abord le fait qu'en raison de certaines expériences délétères présentes dans son histoire de vie, il est compréhensible que le patient ait adopté certaines croyances fondamentales et comportements nuisibles, et que ceux-ci se battent ensuite pour «survivre». Il explique que les schémas et les stratégies d'adaptation qui étaient utiles pendant l'enfance deviennent souvent mésadaptés à l'âge adulte, d'où la nécessité d'un changement.

### Dévoilement à visée thérapeutique<sup>8</sup>

Le thérapeute peut à l'occasion choisir de partager certaines expériences tirées de sa vie personnelle ayant des similitudes avec le vécu émotionnel du patient. Ceci permet de normaliser leur expérience, de diminuer l'intensité de la honte ressentie et de promouvoir une atmosphère de sécurité, de connexion et de compassion en séance.

Attention : il est important de choisir judicieusement l'anecdote personnelle à partager et de rester concis dans notre dévoilement. Il est également conseillé de contrôler le niveau d'intensité émotionnel véhiculé pour éviter les débordements, de rester centré sur l'expérience du patient (ce n'est pas notre thérapie) et, bien entendu, de respecter les limites éthiques du cadre thérapeutique.

#### *5.3.1.1 Exemples de difficultés dans la relation thérapeutique découlant des schémas du patient*

En général, quand une difficulté se présente dans la relation thérapeutique, il est bénéfique de le relier à un schéma ou à un mode dysfonctionnel chez le patient.

Quelques exemples de difficultés fréquentes et de schéma associé :

- Domaine Abandon/Rejet : formation de l'alliance thérapeutique

- Dépendance, Vulnérabilité, Fusion, Échec : difficulté à établir des objectifs clairs en l'absence d'une identité claire chez le patient
- Domaine de la centration sur autrui : difficulté pour le patient à nommer ses propres buts et désirs plutôt que de rechercher à combler ceux du thérapeute
- Domaine des limites insuffisantes : problèmes d'observance au traitement (absences répétées au rendez-vous, devoirs non faits, etc.)

### 5.3.2 Comment détecter et réagir face aux modes dysfonctionnels présents en séance

Voici l'approche générale à adopter lorsqu'un mode dysfonctionnel se manifeste en séance<sup>8</sup> :

1. Identifier le mode avec le patient
2. Valider la nécessité du mode
3. Utiliser le dévoilement stratégique de nos propres états mentaux pour favoriser un climat de transparence et pour que le patient comprenne mieux les réponses émotionnelles que son mode induit chez le thérapeute.
4. Ramener le patient à ce qui se passe réellement dans l'interaction (analyser froidement les faits)
5. Examiner avec le patient les conséquences de son comportement (intentionnelles ou non)
6. Refléter au patient les indices non verbaux qui indiquent une réaction émotionnelle (provenant souvent d'un mode de l'Enfant)
7. Considérer les symptômes psychosomatiques comme des signaux discrets ou des « ambassadeurs des modes cachés de l'Enfant » (« que dirait votre mal de tête s'il était une personne? »)
8. Accéder aux croyances fondamentales sous-jacentes (« que dit la voix dans votre tête ? »)
9. Évaluer les avantages et les inconvénients du mode dysfonctionnel ; cf. section 5.2.1.3

Voici quelques moyens utiles pour répondre à des modes spécifiques se manifestant en séance<sup>1,8</sup>:

Enfant vulnérable :

- Être soutenant de façon tangible (p. ex. s'asseoir plus près du patient)

- Quand le patient reste « pris » dans ce mode, utiliser la confrontation empathique

Protecteur détaché ou évitant :

- Quand le suspecter : déni des émotions, détails excessifs, rationalisation, manque de concentration, patient qui parle trop ou blague à l'excès, nouveaux problèmes à chaque séance, retard, symptômes psychosomatiques, patient qui se présente intoxiqué, etc.
- Quoi faire :
  - Se centrer sur l'interaction « ici et maintenant »
  - Nommer le mode, établir sa fonction d'évitement et rechercher le mode sous-jacent de l'Enfant

Parents punitifs ou exigeants (Critique intérieur) :

- Deux options :
  - Le « combattre » en rappelant au patient que nous défions une partie dysfonctionnelle de sa psyché, et non sa personne en entier – p. ex. « Je suis tanné de me faire bousculer par le mode Arnaud l'Intimidateur. Je ne me sens pas respecté et je n'arrive plus à vous faire progresser en séance parce que cette partie de vous est gratuitement arrogante envers moi. Je m'adresse donc à Arnaud l'Adulte sain qui a des blessures émotionnelles à guérir et qui est conscient à quelque part que cette attitude condescendante paralyse votre cheminement en psychothérapie. »
  - Accepter pleinement la présence inévitable des pensées critiques, les identifier comme étant dysfonctionnelles et se concentrer sur le ici et maintenant (ce qui s'inscrit davantage dans une posture de pleine conscience face à des phénomènes mentaux sur lesquels nous n'avons pas entièrement de contrôle)

### 5.3.3 Facteurs liés au thérapeute

Il est important de prendre conscience de ses propres schémas pour ne pas les agir dans la relation thérapeutique. Certains schémas se retrouvent plus fréquemment chez les thérapeutes, notamment ceux-ci : Carence émotionnelle, Abnégation (sacrifice de soi) et Exigences élevées<sup>8</sup>.

Le livre d'exercices destiné aux thérapeutes *Experiencing Schema Therapy from the Inside Out* peut être un outil utile pour identifier et travailler sur ses propres schémas et modes<sup>14</sup>.

Quoi faire si un patient déclenche fortement un mode ou un schéma en nous :

- Être conscient de ses émotions et des modes déclenchés
- Différencier une réaction personnelle d'une réaction que n'importe qui pourrait avoir dans la même circonstance
- Avoir recours à une supervision (formelle ou informelle)
- Pratiquer l'auto-observation entre les séances
- Référer à un collègue, si la réaction émotionnelle s'avère impossible à gérer même avec le temps et la supervision.

On doit aussi être vigilant à la manifestation de modes dysfonctionnels chez le thérapeute. Voici quelques indices à surveiller<sup>12</sup> :

- Évitement
  - Manifestations : ne pas être suffisamment ouvert/direct avec le patient en raison de notre propre inhibition et éviter les « sujets chauds/tabous »
  - Ceci empêche le développement d'une relation thérapeutique saine, frustre le patient (ce qui renforce l'évitement) et finit par activer davantage de schémas chez le thérapeute (Abandon, Échec, etc.)
- Compensation
  - Exemples de manifestations selon le schéma présent chez le thérapeute:
    - Si le thérapeute compense pour son propre schéma Échec, il pourrait être trop critique par rapport à un patient qui ne fait pas ses devoirs.
    - S'il compense pour son schéma Imperfection/Honte, il pourrait induire un sentiment de défectuosité chez le patient qui révèle des pensées ou comportements que le thérapeute n'aime pas en lui-même.
    - S'il compense pour son schéma Carence affective, le thérapeute pourrait manifester un mode Enfant en colère au patient quand il sent que celui-ci ne respecte pas ses besoins (par exemple, se fâcher lorsque le patient commence à parler d'une situation de crise à la fin d'une séance, parce qu'il ne se sent pas respecté dans son besoin de terminer la séance à l'heure).

- S'il compense pour un schéma Méfiance/Abus, il pourrait ne pas établir de limites saines (ex : rencontrer exceptionnellement le patient en soirée) en essayant vainement de prouver au patient qu'il est dévoué et digne de confiance.
- Capitulation
  - Exemples de manifestations selon le schéma du thérapeute :
    - S'il capitule à un schéma Échec, il pourrait porter excessivement le blâme sur lui-même si le patient ne progresse pas comme il le souhaiterait en thérapie.
    - S'il capitule à un schéma Méfiance/abus, le thérapeute pourrait permettre au patient de le critiquer abusivement sans mettre de limites.
  - Ceci amène un risque d'épuisement chez le thérapeute qui ne met pas ses limites ou qui ne respecte pas ses propres besoins.

## 5.4 Phase de terminaison et bilan

La phase de terminaison devrait se dérouler sur une période d'en moyenne cinq séances.

Étapes :

- Informer le patient de la terminaison, avec un cadre clair concernant le déroulement des dernières séances.
- Adresser les schémas ou modes qui se déclenchent en fin de thérapie.
  - Par exemple, on retrouvera souvent le mode Enfant vulnérable et le schéma Abandon constellés par le deuil de la fin de la relation avec le thérapeute.
- Identifier les changements concrets dans la vie de la personne et les progrès à poursuivre pour l'avenir.
  - Des échelles (BDI, BAI, échelle de personnalité) peuvent être remplies par le patient afin de documenter les progrès effectués en thérapie.
- Compléter le résumé de thérapie avec le patient
- Si possible, espacer graduellement les séances, tout en soulignant au patient que son mode Adulte sain est assez fort pour le permettre.

Des séances d'appoint (*booster sessions*) peuvent être offertes au besoin par la suite<sup>8</sup>.



## 5.5 Déroulement type d'une séance de thérapie des schémas

En général, on garde une certaine flexibilité dans les séances en s'ajustant en fonction des événements pertinents survenus pendant la semaine. On évite le badinage en début de séance.

Exemple :

- Retour sur les lectures et le devoir d'auto-observation (20 minutes)
- Atelier d'imagerie (20 minutes)
- Prescription du devoir d'exposition (10 minutes)

Lorsqu'une situation de vie problématique est amenée par le patient, on tente rapidement de cerner la nature de l'activation émotionnelle, le lien avec ses schémas et ses modes. On demande alors au patient d'élaborer sur la situation significative vécue pour mieux la comprendre, puis on valide l'émotion ressentie pour ensuite aider le patient à adopter une réponse comportementale fonctionnelle<sup>8</sup>.

## 5.6 Exemple de déroulement d'une thérapie des schémas sur une période d'un an

Cet exemple se veut simplement un canevas potentiel de thérapie pour illustrer le déroulement d'une psychothérapie chez un patient donné. Cette structure générale et son contenu détaillé devront être ajustés en fonction des caractéristiques du patient et de sa problématique, en plus de tenir compte de la durée de la thérapie souhaitée et des besoins cliniques spécifiques du patient.

### Phase d'évaluation (séances 1 à 5)

- Séance 1 :
  - Évaluation psychiatrique ou psychologique « standard »
  - Identification de la raison de consultation et de la problématique actuelle
  - Brève psychoéducation sur le modèle des schémas
  - Explications sur le cadre thérapeutique :
    - Politique sur les retards et les absences
    - Durée de chaque séance
    - Durée prévue de la thérapie
  - Tâches à domicile : chapitre 1 de *Je réinvente ma vie*, questionnaire des schémas de Young ou lecture du guide pour les patients (optionnel)
  - Explications sur le déroulement de la thérapie des schémas et sur le cadre thérapeutique
  
- Séance 2 :
  - Retour sur le questionnaire des schémas de Young
  - Début de l'histoire longitudinale
  - Tâches à domicile : chapitre 2 de *Je réinvente ma vie*, questionnaire des parents de Young
  
- Séance 3 :
  - Retour sur le questionnaire des parents de Young
  - Suite de l'histoire longitudinale
  - Tâches à domicile : chapitre 3 de *Je réinvente ma vie*, questionnaire des compensations et des évitements

- Séance 4 :
  - Suite et fin de l'histoire longitudinale
  - Tâche à domicile : chapitre 4 de *Je réinvente ma vie*
- Séance 5 :
  - Présentation et adaptation de la conceptualisation de cas
  - Établissement d'objectifs psychothérapeutiques en lien avec la conceptualisation

#### Phase active de traitement (séances 6 à 45)

- Séances 6 à 10
  - Usage de la technique cognitive du Test historique (pour chaque schéma)
  - Introduction de l'auto-observation (journal des schémas)
  - Comparaison des avantages et des désavantages des stratégies d'adaptation dysfonctionnelles ou schémas
  - Lecture à domicile des chapitres sur les schémas pertinents de *Je réinvente ma vie* (un chapitre par semaine)
- Séances 11 à 15
  - Poursuite du journal des schémas (en intégrant la recherche de pensées plus adaptées en réaction aux pensées automatiques; posture de pleine conscience face aux pensées automatiques qui se déclenchent involontairement chez le patient)
  - Introduction des exercices d'imagerie (en lieu sûr et de rescriptage)
  - Début de l'exposition comportementale graduée sous forme de devoirs
    - Fiche d'aide thérapeutique au besoin, en intégrant les pensées plus adaptées
- Séances 16 à 20
  - Introduction de l'exercice du dialogue entre les chaises
  - Rédaction des lettres aux parents
  - Poursuite de l'exposition comportementale graduée avec retour sur chaque expérience
  - Poursuite du journal des schémas (en tâche à domicile, exploration détaillée en séance lorsque pertinent)
- Séances 21 à 46
  - Exercices d'imagerie

- Exercices du dialogue entre les chaises
- Poursuite de l'exposition comportementale graduée avec retour sur chaque expérience
- Poursuite du journal des schémas (en tâche à domicile, exploration détaillée en séance lorsque pertinent)

N.B. En tout temps, pendant la phase active de traitement, on peut consacrer au besoin une séance à aider le patient à gérer une situation de crise ou à combattre une résistance à des éléments de la thérapie. Les interventions de rematernalisation limitée sont également à intégrer tout au long du suivi.

Tel que mentionné précédemment, deux philosophies existent quant à l'ordre dans lequel il serait préférable de travailler les schémas et modes du patient. De son côté, Young suggère de hiérarchiser les schémas et de les travailler minutieusement un à un avant de passer au suivant (à part exception). Dans la réalité clinique, il peut être complexe de procéder ainsi, notamment chez la clientèle souffrant de trouble de la personnalité où les modes sont en constante permutation. Certains cliniciens d'expérience préfèrent donc partir du schéma ou du mode objectivé en séance et adapter la structure de chaque rencontre en fonction des besoins ponctuels du patient dans le moment présent, tout en conservant une certaine trajectoire générale de soins fidèle à l'esprit de la thérapie des schémas.

#### Phase de terminaison (séances 46 à 50)

- Séances 46 à 50
  - Informer le patient de la terminaison, avec un cadre clair concernant les modalités de fin de la thérapie.
  - Adresser les schémas ou les modes qui se déclenchent en fin de thérapie.
  - Dresser un bilan de la thérapie en identifiant les changements concrets apportés dans sa vie, avec usage des échelles (BDI, BAI, échelles de personnalité) au besoin
  - Identifier les progrès souhaités par le patient pour l'avenir.
  - Si possible, espacer graduellement les séances, tout en soulignant au patient que son mode Adulte sain est assez fort désormais pour le permettre.



## 6. Instruments de mesure et outils de traitement

## 6.1 TABLEAU D'ENREGISTREMENT DES SCHÉMAS ET MODES DYSFUNCTIONNELS

## TABLEAU D'ENREGISTREMENT DES SCHÉMAS ET MODES DYSFONCTIONNELS

SITUATION OU ÉVÉNEMENT	SCHÉMA ET ÉMOTIONS	PENSÉES AUTOMATIQUES	PENSÉES ADAPTÉES	RÉSULTAT	ACTION
Décrire brièvement la situation ou l'événement	Spécifier le schéma et l'émotion, puis évaluer son intensité (0-100%)	Écrire vos pensées au moment ou est survenue l'émotion	Écrire les pensées adaptées	Réévaluer l'intensité de votre émotion (0-100%)	Écrire la conduite (ou les comportements) découlant des pensées adaptées



## 6.2 TEST HISTORIQUE

### TEST HISTORIQUE

Preuves allant en faveur du schéma	Preuves allant contre le schéma

## 6.3 FICHE D'AIDE THÉRAPEUTIQUE

## FICHE D'AIDE THÉRAPEUTIQUE

En ce moment je ressens \_\_\_\_\_ (émotion) parce que  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (situation).

Cependant, je sais que c'est probablement mon schéma \_\_\_\_\_ qui est  
 déclenché, et qui provient de \_\_\_\_\_ (origine).

Ce schéma m'amène à exagérer à quel degré \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 (distorsion cognitive liée au schéma)

Même si je crois que \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (croyance fondamentale liée au schéma), la réalité est que  
 \_\_\_\_\_ (pensée adaptée).

Les preuves en faveur de cette pensée adaptée sont  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (exemples spécifiques)

Donc, même si j'ai envie de \_\_\_\_\_  
 (comportement inadapté), je pourrais plutôt \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (comportement adapté).

## 7. Bibliographie

- 1 Young, J., Klosko, J. et Weishaar, M. *Schema Therapy : A Practitioner's Guide*, The Guilford Press, 2003, 436 p.
- 2 Beck, A., Rush, J., Shaw, B. et Emery, G. *Cognitive Therapy of Depression*, The Guilford Press, 1987, 425 p.
- 3 Taylor, C., Bee, P. et Haddock, G. (2017), Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders, *Psychology and Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 90, 456-479.
- 4 Oud, M., Arntz, A., Hermens, M., Verhoef, R. et Kendall, T. (2018) Specialized psychotherapies for adults with borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 52 (10), 949-961.
- 5 Giesen-Bloo J., van Dyck R., Spinhoven P., et al. (2006) Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Randomized Trial of Schema-Focused Therapy vs Transference-Focused Psychotherapy, *Archives of General Psychiatry*, 63(6), 649–658.
- 6 Malogiannis, I. A., Arntz, A., Spyropoulou, A., Tsartsara, E., Aggeli, A., Karveli, S., Zervas, I. (2014). Schema therapy for patients with chronic depression: A single case series study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45, 319–329
- 7 Chaloult, L. et collaborateurs. *La thérapie cognitivo-comportementale : Théorie et pratique*, 2008, Éditions de la Chenelière, 346 p.
- 8 Roediger, E., Stevens, B. et Brockman, B. *Contextual Schema Therapy : An Integrative Approach to Personality Disorders, Emotional Dysregulation and Interpersonal Functioning*, 2018, Context Press, 298 p.
- 9 Arntz, A. et Jacob, G. *Schema Therapy in Practice : An Introductory Guide to the Schema Mode Approach*. Wiley-Blackwell, 2013, 265 p.
- 10 Stoffers J., Völm B., Rücker G., Timmer A., Huband N. et Lieb K. (2012) Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8 (CD005652), DOI: 10.1002/14651858.CD005652.pub2.
- 11 Gaynes B., Rush J., Trivedi M., Wisniewski S., Spencer D., Fava M. (2008). The Star\*D Study : Treating Depression in the Real World, *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 75 (1), 57-66.
- 12 Farrell, J., Reiss, N. et Shaw, I. *The Schema Therapy Clinician's Guide : A Complete Resource for Building and Delivering Individual, Group and Integrated Schema Mode Treatment Programs*. 2014, Wiley-Blackwell, 329 p.
- 13 Cousineau, P. 2017, *La thérapie des schémas* (présentation aux psychiatres de HCLM).
- 14 Farrell, J. et Shaw, I. *Experiencing Schema Therapy from the Inside Out : A Self-Practice/Self-Reflection Workbook for Therapists*. 2018, The Guilford Press, 317 p.