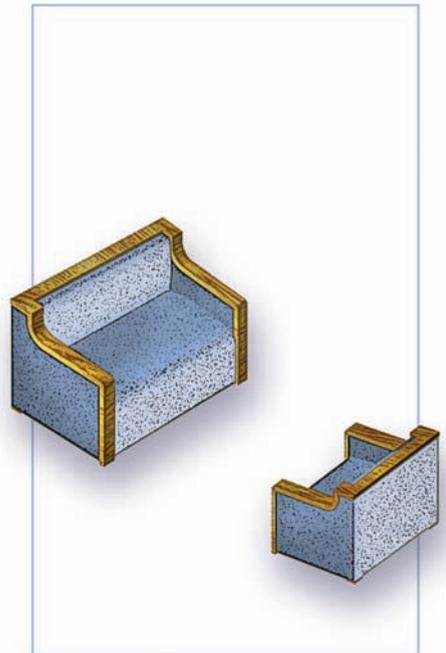


# Soigner les schémas de pensée

Une approche  
de la restructuration  
cognitive



Soigner  
les schémas  
de pensée

## Collection *Psychothérapies* (Extraits)

### OUVRAGES GÉNÉRAUX

- J. AUDET, D. KATZ, *Précis de victimologie générale*  
C. BALLOUARD, *Le Travail du psychomotricien*  
M. BERTRAND, *Trois outils pour la psychanalyse*  
A. BIOY, A. MAQUET, *Se former à la relation d'aide*  
A. BOYER-LABROUCHE, *Manuel d'art-thérapie*  
M.-C. CÉLÉRIER, *Psychothérapie des troubles somatiques*  
O. CHAMBON, M. MARIE-CARDINE, *Les Bases de la psychothérapie*  
J.-P. CHARTIER, *Guérir après Freud*  
A. DELOURME, E. MARC, *Pratiquer la psychothérapie*  
G. DUCOURNEAU, *Éléments de musicothérapie*  
FFdP, *Pourquoi la psychothérapie ?*  
E. GILLIÉRON • *Le Premier Entretien en psychothérapie • Manuel de psychothérapies brèves*  
L. JEHEL, G. LOPEZ et al., *Psychotraumatologie*  
G. LOPEZ, A. SABOURAUD-SÉGUIN et al., *Psychothérapie des victimes*  
E. MARC, *Le Changement en psychothérapie*  
C. MIRABEL-SARRON, L. VERA, *L'Entretien en thérapie comportementale et cognitive*  
M. RUSZNIIEWSKI, *Le Groupe de parole à l'hôpital*  
B. SAMUEL-LAJEUNESSE et al., *Manuel de thérapie comportementale et cognitive*  
L. VERA, C. MIRABEL-SARRON, *Psychothérapie des phobies*

### L'ENFANT, L'ADOLESCENT ET LA FAMILLE

- M.-D. AMY, *Comment aider l'enfant autiste*  
A. ANZIEU, *Le Travail du psychothérapeute d'enfant*  
A. ANZIEU et al., *Le Travail du dessin en psychothérapie de l'enfant*  
A. ANZIEU, C. ANZIEU-PREMMEREUR, S. DAYMAS, *Le Jeu en psychothérapie de l'enfant*  
C. ANZIEU-PREMMEREUR et al., *Les Pratiques psychanalytiques auprès des bébés*  
T. ATTWOOD, *Le Syndrome d'Asperger*  
M. BERGER, *Le Travail thérapeutique avec la famille*  
C. COMBE, *Soigner l'anorexie*

- M. CORCOS, Ph. JEAMMET, *Les Dépressions à l'adolescence*  
S. COOK-DARZENS, *Thérapie familiale de l'adolescent anorexique*  
M. DESPINOY, *Comprendre et soigner l'enfant en échec scolaire*  
G. GEORGE, L. VERA, *La Timidité chez l'enfant et l'adolescent*  
R. JAITIN, *Clinique de l'inceste fraternel*  
M. R. MORO, *Psychothérapie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent*  
P. PRIVAT, D. QUÉLIN-SOULIGOUX, *Travailler avec les groupes d'enfants*  
J.-L. SUDRES, *Comprendre et soigner l'adolescent en art-thérapie*  
L. VERA, *Troubles obsessionnels compulsifs chez l'enfant et l'adolescent*

### L'ADULTE ET LA PERSONNE ÂGÉE

- F. BANGE, M.-Ch. MOUREN, *Comprendre et soigner l'hyperactivité chez l'adulte*  
D. BOURGEOIS, *Comprendre et soigner les états-limites*  
P. CHARAZAC • *Psychothérapie du patient âgé et de sa famille • Comprendre la crise de la vieillesse*  
M. CHARAZAC-BRUNEL, *Prévenir le suicide*  
M.-C. CÉLÉRIER et al., *La Rencontre avec le malade*  
C. COMBE, *Comprendre et soigner la boulimie*  
M. CORCOS, M. SPERANZA et al., *Psychopathologie de l'alexithymie*  
P. DELION, *Soigner la personne psychotique*  
J.-P. DESCOMBEY, *Précis d'alcoolologie clinique*  
C. LACHAL et al., *Comprendre et soigner le trauma en situation humanitaire*  
F. LEBIGOT, *Traiter les traumatismes psychiques*  
H. GOMEZ • *Soigner l'alcoolique • L'alcoolique, les proches, le soignant*  
Ch. MIRABEL-SARRON, *Soigner les dépressions avec les thérapies comportementales et cognitives*  
L. MORASZ • *Prendre en charge la souffrance à l'hôpital • Comprendre la violence en psychiatrie*  
A. MOREL et al., *Soigner les toxicomanes*  
A. MOREL et al., *Prévenir les toxicomanies*

Stéphane RUSINEK

# Soigner les schémas de pensée

Une approche  
de la restructuration  
cognitive

DUNOD

# Consultez nos catalogues sur le Web

The screenshot shows the Dunod website interface. At the top, there is a search bar with the text "Recherche" and a dropdown menu set to "Par Titre". Below the search bar is the Dunod logo and the text "Ediscience ETSF InterÉditions Microsoft Press". The main navigation menu includes "Accueil", "Contacts", "Sciences et Techniques", "Informatique", "Gestion et Management", "Sciences Humaines", "Acheter", and "Mon panier". The content area is divided into several sections: "Interviews" with articles like "Comme nous avons changé ! La saga inédite de 50 ans de bouleversements socioculturels" and "Mars, planète de mythes, planète d'espoirs"; "Événements" with "Saint-Valentin : j'aime mon couple... et je le salue ! Interview exclusive de H. Jaoul"; "Spécial Révisions scientifiques ! Pour réussir vos examens, lisez avec DUNOD et EDISCIENCE et gagnez des chèques-lire de 15€!"; and "LES BIBLIOTHÈQUES DES MÉTIERS" with a list of professions like "Gestion industrielle", "Métiers du vin", "Directeur", etc. There are also "LES NEWSLETTERS" and a "Notice légale" link at the bottom.

[www.dunod.com](http://www.dunod.com)

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1<sup>er</sup> juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du

Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, Paris, 2006  
ISBN 2 10 049107 5

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

*À Louise, Valentine et Zoé...*

*À ceux qui, d'une manière ou d'une autre,  
m'aident à développer les thérapies orientées schémas...*

*À Christelle, Éric et Stéphanie, grands et petits,  
qu'ils passent de bonnes vacances tout de même...*

*Et puis à Gad Elmaleh que j'ai dû virer de ma place d'un TGV  
Paris-Lille pour terminer la partie de ce livre sur les groupes.  
Puissent les psychothérapies, un jour,  
faire autant de bien que ses sketches...*



---

# TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	IX
<b>1. Principes de la restructuration cognitive</b>	<b>1</b>
<b>2. Schémas, poupées, fantômes et autres charivaris</b>	<b>11</b>
Bartlett le précurseur	11
Le courant social	14
Approche cognitivo-expérimentale	17
Schémas en psychopathologie cognitive	25
<i>Modèle de Beck, 27 • Modèle de Young : les schémas précoces inadaptés, 41</i>	
<b>3. Fondements pratiques</b>	<b>47</b>
Repérage et mesure des schémas	49
<i>Principes et questionnaires pour les grands, 49 • Un questionnaire pour les petits, 59</i>	
Principes des TOS	65
<i>Les thérapies centrées schémas (The Others), 65 • Les thérapies orientées schémas (The French Touch), 71</i>	
Exemples d'exercices thérapeutiques orientés schémas	74
<i>Je me rappelle qu'un jour il s'est passé quelque chose..., 74 • Si ce n'est toi, c'est donc ton frère... ou ta sœur..., 95 • Quand la pomme tombe au pied du pommier, évite de t'y trouver (proverbe newtonien), 114 • Petits traitements entre amis..., 129</i>	

<b>4. Dernières réflexions</b>	147
Techniques résumées	147
Précautions activatrices de schémas confusionnels	149
<i>CONCLUSION. CONSIDÉRATIONS PERSONNELLES DE L'AUTEUR</i>	155
<i>ANNEXE</i>	159
Questionnaire d'attitudes (160 items)	159
Correspondance des items du Questionnaire d'attitude des schémas	167
ISPE	168
<i>Inventaire des schémas précoces pour enfants, 168 • Grille de correction de l'Inventaire des schémas précoces pour enfants, 170</i>	
Histoire de la petite Christelle	171
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	177
<i>INDEX</i>	185

---

## AVANT-PROPOS

IL Y A quelques années, avec Anne Caumont, nous avons réalisé une étude assez simple mais pleine de sens. Comme expérimentatrice, elle rencontrait des sujets aux caisses d'un grand magasin et après s'être présentée comme une jeune psychologue cherchant à s'installer, elle leur demandait de remplir un questionnaire de personnalité ; quatre sous-échelles de la SCL-90-R (Derogatis, 1977) en l'occurrence. Un système de correction rapide lui permettait en quelques secondes de donner les résultats de cette évaluation. Seulement, si pour la moitié des sujets elle interprétait le test selon des traits généraux qui leur correspondaient effectivement, pour l'autre moitié elle décrivait une personnalité inverse sur ces traits : les anxieux devenaient non-anxieux, etc. Alors, suivait la véritable évaluation de notre étude : les sujets devaient répondre à quelques questions concernant l'expérimentatrice elle-même (semblait-elle compétente ? pouvait-on avoir confiance en elle ? etc.) et le test (était-il un bon test ?). Si le test est toujours évalué comme un bon test psychologique, fiable et théoriquement bien construit, alors même que les sujets n'ont aucune information sur ces points, selon la condition, l'expérimentatrice est-elle perçue bien différemment. Lorsqu'elle donne la bonne interprétation des résultats, elle semble compétente, fera sans doute une bonne psychologue, n'est certainement pas trop jeune, et même sa tenue a été choisie avec goût. Par contre, lorsqu'elle fournit une description inverse des traits, elle est bien trop jeune pour être psychologue, doit encore acquérir de la *bouteille*, il serait difficile de lui faire confiance, surtout qu'elle ne sait pas vraiment utiliser le test et qu'elle n'est pas très bien habillée.

En extrapolant ces résultats il serait possible de croire qu'une grande partie de la thérapie n'est que poudre aux yeux, ne repose que sur la capacité du thérapeute à persuader le patient qu'il sait et ainsi gagner sa confiance. D'aucuns diront alors que le psychologue ou le psychiatre est

l'accompagnateur de la guérison, qu'il ne fait que guider le patient qui a en lui les ressources nécessaires à son rétablissement, sa réadaptation. Peut-être... Le thérapeute est ici reconnu comme un magicien, comme une personne ayant un don. Position assez réconfortante puisque la guérison est l'expression de ce don, et l'échec celle d'un partage inégal entre le pas de chance, l'incapacité du patient à trouver la voie en lui-même et parfois un peu d'égarement de la part du thérapeute. Cette position, malheureusement, permet aussi d'expérimenter les thérapies, pour peu que l'on croie avoir ce don.

Mais notre réflexion sur les résultats de cette étude nous amène à nuancer. Bien sûr le patient doit puiser en lui-même lors d'une thérapie, bien sûr le thérapeute est un guide dans cette épreuve, bien sûr il a besoin de persuader son patient de ses compétences dans une prise en charge pour pouvoir remplir son rôle de guide. Cependant, plus qu'un don, le thérapeute a besoin d'outils, ne serait-ce que pour gagner la confiance du patient et lui permettre de trouver en lui les forces nécessaires à la guérison. Il a besoin d'outils pour convaincre le patient de ses compétences, et plus encore, d'outils pour intervenir sur le trouble lui-même. De la même façon que le stéthoscope de mon médecin de famille lui permet de s'informer sur mon état, me permet de le reconnaître comme médecin, renforce ma confiance en ce qu'il dit, et par un effet d'attentes positives, diminue mes maux de crâne. Toutefois mon médecin pour me soigner a besoin de son stéthoscope, mais aussi bien souvent de l'aide de quelques molécules qui ont plus d'effets encore sur mes maux de crâne ou mon cholestérol.

Disons que des outils thérapeutiques peuvent remplacer le don et ses incertitudes. Le thérapeute n'est plus un magicien, peut-être peut-il encore être vu comme un prestidigitateur, un illusionniste, un technicien qui en faisant sortir un lapin ou un éléphant d'un chapeau ou d'un autre amènera, en effet, son patient sur la voie de la guérison. Mais dans ce cas, la façon de faire sortir le lapin ou l'éléphant est quelque chose qui d'une part s'apprend et d'autre part a été évaluée comme efficace sur les troubles. Pour ce qui est du don... peut-être en existe-t-il un, mais la maîtrise d'outils et de techniques peut largement le surpasser. N'en déplaît au grand nombre, il vaut mieux aujourd'hui, pour percer dans la composition, ne rien connaître au solfège, n'avoir que peu d'oreille, mais savoir pianoter sur son ordinateur, jouer du trente-deux pistes et comprendre le fonctionnement des jugements artistiques par SMS.

Les thérapies comportementales et cognitives (TCC), dont on retrouvera une synthèse historique et théorique dans l'ouvrage de Samuel-Lajeunesse et de ses collaborateurs (2004), reposent sur l'utilisation

d'outils et de techniques efficaces à la fois sur l'évolution du trouble lui-même que sur l'établissement d'une relation thérapeutique de confiance entre le patient et son thérapeute. Il s'agit, par exemple, de la désensibilisation systématique efficace sur les phobies, de la relaxation antagoniste de l'anxiété, du retard et de la prévention de la réponse utilisés de manière différente dans des cas d'addictions ou dans des cas de troubles obsessionnels compulsifs, etc., dont la maîtrise nécessite bien entendu une formation adéquate. Ces outils ont pour eux d'avoir été construits à la fois sur des réflexions et des constatations cliniques, et sur des recherches expérimentales testant leur efficacité et leurs modes de fonctionnement.

Parmi ces outils et techniques thérapeutiques, il en existe un, agissant sur la sphère cognitivo-émotionnelle, qui en plus d'entrer dans le processus de guérison par des effets spécifiques, permet d'établir une relation particulière avec le patient en renforçant l'image de compétence du thérapeute. Un outil qui réellement conduit le patient, pas à pas, sur sa *propre voie*. Ce livre ayant un titre, le suspense ne durera pas — il s'agit de la restructuration cognitive, intimement liée à la notion théorique de schémas cognitifs et dont l'une des formes peut être conçue comme l'utilisation de *thérapie orientée schémas*.



## Chapitre 1

---

# PRINCIPES DE LA RESTRUCTURATION COGNITIVE

**N**OS comportements sont-ils le reflet de nos pensées ? Sans doute, mais alors nos pensées ne sont pas très claires et il est bien difficile de les comprendre soi-même. Ainsi, Pierre, Paul et Jacques, le célèbre trio, se réunissent trois fois par semaine dans le parc près de chez eux pour courir une petite heure. Chacun est d'accord, il faut pratiquer un sport car c'est bon pour la santé, cela permet d'éliminer les toxines, de muscler le cœur, de garder la forme. Seulement, après la course du vendredi soir, ils dînent ensemble, toujours dans le même restaurant, n'hésitent pas à prendre un apéritif, commande toujours une bonne bouteille de vin pour accompagner une viande et des frites noyées dans une sauce au gras. Souvent, ils terminent avec un petit cognac et un de ces cigares que Paul aime tant. Il existe donc ainsi une contradiction totale entre les pensées et les comportements effectifs de nos trois acolytes éthyliques.

Dans un cas comme celui-ci, les motivations de santé ne sauraient être que des *pensées de surface*, et c'est sans doute à un autre niveau, plus profond, qu'il faut chercher la raison cognitive des comportements.

On comprendra alors, même s'ils ne sauraient les exprimer, et ne voudraient y croire, que les pensées qui poussent ces compagnons au sport sont plus du type « il faut bien que je les écrase » pour Pierre ; « je fais tout comme Pierre » pour Paul ; « pendant ce temps je ne suis pas avec ma femme et mes gosses » pour Jacques. On dira que l'un assouvit ses besoins d'admiration, l'autre son assujettissement à son ami d'enfance, et le dernier répond par la fuite à une autre situation dont on ne considérera même pas de lien direct avec le sport.

Un même comportement n'a donc pas obligatoirement les mêmes causes, les mêmes motivations. L'analyse seule des comportements ne saurait donc suffire, il faut creuser un peu. De même, si le comportement s'avère être un problème, tenter de le changer en lui-même peut paraître inutile puisque l'idée qui le motive lui survit. Le problème est aussi, bien souvent, que cette idée-cause n'est pas facilement accessible de manière explicite et facile, car éloignée du comportement effectif, non exprimée en mots ou parfois non acceptable.

C'est sur ce type de raisonnement que se construit la restructuration cognitive dont le but premier est de retrouver ces pensées qu'en cas de problèmes nous nommerons pensées dysfonctionnelles, afin de pouvoir les modifier. Plusieurs techniques peuvent être utilisées pour atteindre ce but, ou plutôt pour atteindre une étape première dans la venue et dans l'importance : la prise de conscience par le patient lui-même de ses pensées dysfonctionnelles. Il est aussi souvent admis que ces pensées dysfonctionnelles, parfois nommées croyances automatiques, sont les pensées qui surgissent lors de transactions stressantes et qui par leur action et leur rigidité, empêchent la bonne résolution de ces transactions. De nombreux types de pensées dysfonctionnelles ont été décrits, on parle par exemple de *surgénéralisation* pour celles du genre : « Ma tartine est tombée côté confiture, mais de toute façon il ne m'arrive que des problèmes » ; d'*inférence arbitraire* pour : « Elle a baisé les yeux en me croisant, c'est parce qu'elle est tellement folle de moi qu'elle ne supporte même plus un regard » ; d'*effet boule de cristal* pour : « Il faut bien que je paye un jour toutes ces mauvaises pensées que j'ai eues » ; l'*exagération ou amplification* pour : « J'ai mal à la main gauche, je vais sûrement mourir » ; etc. et parfois, la *bêtise traditionnelle* pour les pensées du genre « plus je bois, moins il pleut », « c'est un Christian, c'est normal qu'il soit ch... » ou encore : « C'est les petits vieux avec les petites voitures qui sont dangereux, mais pas les gars comme moi qui ont des bonnes bagnoles, qui savent rouler vite, et qui supportent plusieurs apéros sans broncher », mais pour cette dernière sorte de croyances rigides, la remise en cause est parfois trop difficile.

La rigidité des pensées et croyances étant en cause, on cherchera alors l'acquisition de logiques alternatives moins rigides, qui permettront à l'individu une meilleure adaptation, une plus grande possibilité de résolution des transactions stressantes de l'environnement.

À ce niveau, est quelques fois soulignée une polémique opposant d'un côté ceux qui pensent que les pensées dysfonctionnelles sont des croyances irrationnelles s'étant construites sur une mauvaise compréhension de l'environnement, et ceux qui pensent que toute croyance a son origine dans la rationalité, mais que c'est l'utilisation d'une croyance dans un contexte différent de celui de son acquisition qui la rend inadaptée. Toutefois, les tenants des deux camps s'accordant sur le fait que ces croyances restent handicapantes par leur rigidité, donc pour l'heure, nous ne développerons pas nécessairement une position plutôt qu'une autre, de peur d'acquiescer effectivement une croyance rigide.

La restructuration cognitive, ainsi définie, peut s'appuyer sur diverses méthodes permettant de guider le patient vers cette *découverte de lui-même*. Mais avant de commencer cette découverte, nous nous souviendrons de manière impérieuse, qu'en thérapie comportementale et cognitive, avant même d'arriver à envisager la moindre intervention thérapeutique, le patient aura connu les épreuves de l'analyse fonctionnelle, du diagnostic, de la mise en place du contrat thérapeutique (voir Samuel-Lajeunesse *et al.*, 2004).

La méthode spontanément associée à la restructuration cognitive est dite du « questionnement socratique ». Pour Socrate, que l'on imaginera assis sur une large pierre en haut d'une colline sous un olivier centenaire, il s'agit, par une habile mise en évidence des contradictions dans la logique, de redresser les erreurs de jugement des disciples crédules et plein de pensées dysfonctionnelles qui l'entourent. En thérapie, ce sera plus simplement sans doute, de semer le doute dans l'esprit du patient, l'amener à remettre en cause certaines de ses croyances. Accessoirement, mais l'effet est intéressant, ce sera aussi décentrer sa pensée du problème engendrant l'émotion négative, pour l'inciter à se focaliser sur l'une des causes possibles de l'émotion. Cause qui peut se gérer plus « froidement », dans la réflexion plutôt que dans l'émotion... il n'est cependant pas question ici de considérer que réellement existe une opposition entre l'émotion et la réflexion (voir Rusinek, 2004a pour la théorie), il s'agit juste de défocaliser un patient des pensées qui engendrent nécessairement des émotions négatives chez lui, et de les remplacer par d'autres non associées à de telles réactions.

Dans cette technique, pour le thérapeute, tout est question d'attitude. Sans pour autant tomber dans l'entretien thérapeutique humaniste où

l'empathie, la non-directivité et le silence sont souverains, le thérapeute maintiendra dans ses interactions quelques principes. Ainsi, l'empathie sera de mise comme la véritable curiosité, car elles sont de toute façon nécessaires pour que le patient n'ait pas l'impression de parler à une porte de prison. Il n'y aura aucune place dans le discours pour les jugements de valeur, pour les interprétations abusives, et le patient sera face à ses propres choix. De même, le questionnement socratique ne sera jamais envisagé comme une forme de débat, comme une occasion d'apporter une quelconque vérité au patient, mais juste comme une manière de le pousser un peu plus loin dans sa propre réflexion, de lui ouvrir de nouvelles voies pour qu'il y trouve, de lui-même, ses propres alternatives.

C'est donc par une série de questions que l'on ne peut prévoir à l'avance puisque chacune n'est que le fruit de la réponse précédente du patient, que le thérapeute tente de faire émerger ces règles cognitives si difficiles à gérer. C'est en trouvant des alternatives à ses pensées et modes de jugements que le patient comprendra qu'il utilise des règles dysfonctionnelles. Il est souvent admis que le principal avantage de cette technique est que le patient ne peut se *braquer* contre le thérapeute puisqu'il découvre de lui-même ses fonctionnements et qu'au départ, personne ne le juge, à part lui-même.

Si le questionnement socratique a ses avantages, il a aussi ses contraintes. Il est évident qu'il pourra parfois rendre les interactions thérapeutiques assez longues, voire ennuyeuses ou très énervantes pour le thérapeute qui devra se contraindre à garder un air détendu, son calme, et par-devers lui, des pensées du type : « Mais bon Dieu, il va bien finir par le dire qu'il voit tout de manière négative ! »

En réalité, la maîtrise d'une telle technique demande assez d'entraînement. Il n'est pas rare de voir chez les thérapeutes moins expérimentés, une certaine volonté de *piéger* le patient, de le mettre coûte que coûte face à ses erreurs de logique, de s'ériger en maître à penser... un peu comme Socrate. Mais, si le thérapeute sait reconnaître dans le discours de son patient les règles dysfonctionnelles et leur mode de fonctionnement, il saura aussi se taire et attendre un moment opportun pour utiliser cette connaissance. Il saura aussi orienter ses questions pour qu'elles amènent des réponses simples qui ne sont qu'une petite étape supplémentaire au cheminement propre du patient, qui permette de cerner un peu plus le problème. Il serait en effet dommageable pour le patient que les questions n'amènent aucune réponse, ou ne concernent pas un problème réel. Le thérapeute maîtrisera aussi les différentes formes de reformulations pour d'une part montrer au patient qu'il a

bien compris les idées développées et d'autre part le faire sans risque d'y introduire un quelconque jugement.

L'art de la thérapie sera donc ici de savoir guider le raisonnement, par étapes successives de compréhension, du simple au compliqué, du concret à l'abstrait, du banal à l'intéressant.

On notera qu'il est aussi souvent question de la *découverte guidée*, parfois différenciée du questionnement socratique et parfois considérée comme une simple variante de ce dernier. C'est un exercice un peu plus ardu dans le sens où le thérapeute doit faire preuve de beaucoup d'imagination et d'ingéniosité dans la progression de l'interaction. Le but est d'arriver plus rapidement aux règles dysfonctionnelles en déstabilisant le patient par des questions des plus banales et naïves.

Dans la même veine, on considérera aussi la technique de la *flèche descendante*, plus agressive que les dernières. Il s'agit d'aller toujours plus loin dans le raisonnement du patient, encore bien souvent par un questionnement, mais cette fois bien ciblé. L'idée est d'acculer le patient, de l'obliger à exprimer clairement la règle dysfonctionnelle qu'il emploie et de lui faire ouvertement dire que cette règle est mauvaise. On touche ici obligatoirement très rapidement à la sphère émotionnelle et bien souvent, même si ce n'est pas toujours le cas, l'interaction ne peut rester tranquille, les réactions du patient sont parfois fortes, voire violentes, et le thérapeute n'est plus la personne la plus empathique du monde.

La restructuration cognitive peut aussi prendre le chemin d'autres méthodes tout en gardant comme buts la mise en évidence des pensées dysfonctionnelles et l'acquisition de pensées alternatives qui se consolideront avec le temps. Parmi ces méthodes, comme pour les précédentes, certaines sont fondées sur l'idée que les pensées dysfonctionnelles sont évidentes par leur action durant les interactions stressantes avec l'environnement et donc apparaissent concomitantes à certaines émotions, alors que d'autres sont plus fondées sur la prise de conscience par la logique.

Parmi ces dernières, on comptera la *prise d'information*. Dans certains cas, comme l'association de pensées dysfonctionnelles avec quelque objet phobique par exemple, une connaissance plus importante sur l'objet peut amener le patient à se remettre facilement en cause et à doucement changer ses raisonnements. Ainsi, pour un patient souffrant d'arachnophobie et persuadé que « rien que parce que vous les regardez de travers, y'a des araignées qui peuvent vous sauter à la gorge et vous injecter un venin instantanément mortel qui vous fait souffrir pendant des heures », une discussion avec un expert peut parfois remettre

quelques idées en place. Il existe des règles dysfonctionnelles associées à certains comportements quasi pathologiques que la vérité bien donnée peut changer... Nous prions pour que des règles regroupables sous des termes comme prétention, misogynie, phallocratie, racisme, etc. puissent ainsi être atteintes.

Malheureusement, cette prise d'information est bien souvent soit inutilisable, soit inefficace. Ainsi, dans le cas extrême comme celui de notre patient phobique des araignées, la prise de connaissances ne peut passer par la lecture d'un bon livre ou par le visionnage d'un bon film, puisque cela reviendrait à une exposition que le patient ne supporterait sûrement pas. La discussion avec un expert tourne bien vite au désastre de l'attaque de panique. Pour d'autres cas, il n'est même pas envisageable de prendre de l'information car elle aggraverait sans doute le trouble et enracinerait d'autres pensées. Il en irait ainsi pour une phobie de la contamination et une connaissance plus approfondie des microbes et virus. De même un patient se dévalorisant sans cesse souffrirait les comparaisons avec les moyennes de la population pour peu qu'il soit effectivement en dessous de toutes ces moyennes. Il est aussi risqué pour une personne paranoïaque de suivre son conjoint ou de laisser des micros derrière elle... on ne sait jamais ce qu'elle découvrirait. Enfin, la prise d'informations peut aussi être inefficace tout simplement parce que les règles dysfonctionnelles sont trop bien ancrées, trop rigides, et pour beaucoup, malheureusement, un stage dans un service de rescapés de la route ne sert qu'à deux choses : éviter de perdre des points sur le permis de conduire et confirmer l'idée qu'il faut une bonne voiture pour rouler vite. Mais ici, il est aussi question d'un principe sur lequel nous reviendrons plus longuement et qui rend bien difficile toute intervention de restructuration : avant d'accepter l'épreuve de la remise en cause des règles dysfonctionnelles qu'elle utilise, toute personne aura tendance à les confirmer par n'importe quelle méthode, même se faire souffrir ou garder les yeux fermés.

Parmi les méthodes basées sur la concomitance entre une émotion et une règle dysfonctionnelles on en comptera de nombreuses dérivées des « colonnes de Beck ». Il s'agit, par quelque moyen que ce soit, de permettre la prise de conscience de cette concomitance qui de manière purement logique débouchera sur ce constat : « Si lorsque je pense telle chose j'ai une émotion négative, alors il me faut travailler sur cette pensée pour modifier l'émotion et ainsi me sentir mieux. » Il est évident que la pensée n'est pas obligatoirement primaire à l'émotion négative que le patient ne veut plus ressentir, tout comme l'émotion n'est pas obligatoirement la cause de la pensée. En fait, il est aussi nécessaire,

pour l'utilisation d'un tel principe thérapeutique de réaliser une *analyse fonctionnelle* précise avec le patient afin justement de préciser ce qui est primaire, pour un problème donné, dans le cycle Émotion → Comportement → Cognition → Émotion → Comportement → etc. L'intérêt pour la restructuration cognitive sera, justement, de faire ressortir le primaire de certaines règles cognitives et de les identifier comme dysfonctionnelles et changeables. L'exercice des colonnes le permet assez facilement. Il peut s'agir, par exemple, d'un relevé journalier de toutes les situations stressantes avec, lorsque cela est possible, explicités dans plusieurs colonnes, l'événement, l'émotion associée, les pensées avant, les pensées après, les comportements associés, les sensations physiques... avec des précisions du type intensité de l'émotion, tonalité, etc. Les pensées sont alors plus directement extraites et isolées de même que leur association avec les émotions négatives redoutées. Les patients peuvent alors prendre conscience des effets des règles dysfonctionnelles, mais aussi trouver des alternatives par un simple questionnement : « Que pense quelqu'un qui vit bien cet événement ? » ou : « Qu'aurais-je dû penser pour ne pas en souffrir ? » Ainsi quelqu'un pourrait se rendre compte par ce relevé journalier qu'il souffre souvent de ses interactions avec les femmes, parce que toujours il se fixe sur un petit indice qu'il interprète d'une manière négative sur un type exagération ou inférence arbitraire, qui en conclusion conduit toujours à une dévalorisation : « Elle m'a juste fait remarquer que je me suis fait couper les cheveux, elle ne m'a pas dit que cela me sied à merveille, c'est parce qu'elle me trouve laid... » ; « Quand elle dit que je ne suis pas très grand, c'est bien pour dire que suis trop petit pour elle... »

Cette étape d'identification des règles dysfonctionnelles sera logiquement suivie par une recherche d'alternatives, largement accompagnée par le thérapeute qui évitera les dérives. Il pourra s'appuyer sur d'autres techniques telles la *décentration de personne* (« qu'auriez-vous pensé si ce n'était pas elle ? » ; « qu'est-ce Tom Cruise aurait pensé à votre place ? ») ; la *décentration de temps* (« quelle importance dans dix ans ? » ; « que pensiez vous dans une telle situation il y a dix ans ? ») ; la *décentration de lieu/situation* (« et si cela s'était passé chez vous ? » ; « et si vous n'aviez pas été seul à ce moment ? »). La suite touche bien entendu à l'élaboration d'alternatives réalistes et à l'acquisition d'une habitude pour le patient : utiliser ces alternatives.

Le travail de restructuration peut aussi bien souvent se centrer sur les « je dois » et les « il faut » que le patient utilise comme règles implicites à son comportement. Ainsi, lorsque nous traitons des problèmes familiaux, il est courant d'entendre énoncer des idées somme toute

assez simplistes telles que « il ne faut pas prendre de fromage après le dessert », « je dois être le bon exemple pour mes enfants » ; idées fondées sur des principes d'un monde parfait pour le patient que les personnes de son environnement ne peuvent suivre au pied de la lettre. Le patient se représente en fait un monde virtuel dont lui-même ne peut respecter les contraintes trop coûteuses en termes d'investissement. La restructuration a ici pour volonté d'assouplir les modes de pensées par une confrontation de ce monde virtuel avec le monde réel. Le thérapeute pourra sans effort poser clairement les quelques questions qui mettront le patient face à ses propres contradictions :

- « — Pourquoi ne doit-on pas manger de fromage après le dessert ?
- Parce que sinon, tout se mélange dans l'estomac !
- Mais tout se mélange dans l'estomac...
- Mais c'est aussi pour que les enfants comprennent le sens du goût et prennent des bonnes habitudes.
- Mais lorsque des desserts sont à base de fromage ?
- Oui, mais là c'est un cas particulier...
- Et pour les trous Normands ?
- Mais c'est pareil...
- Est-ce vraiment important, surtout que le fromage c'est bon pour la santé, et puis chacun ses goûts ?
- Non, c'est pas important, mais il faut bien que je leur apprenne les choses comme elles doivent être, sinon, ils ne sauront jamais, et puis c'est mon rôle de père... »

L'important ici ne sera pas de continuer une discussion sur le bon ordre des mets, mais de bien expliquer que si chacun a ses propres principes et entend que ceux-ci soient respectés dans une certaine mesure, ce sont ces principes parfois incompréhensibles pour les autres qui sont vecteurs de situations tendues, de mal-être, de stress. Le monde de principes de chacun est un monde virtuel car individuel. Ce monde est rempli de « il faut » et de « je dois » qui se basent sur une représentation d'une loi quasi divine... Il est d'ailleurs à remarquer que ceux d'entre nous qui tentent le plus d'imposer leurs principes sont ceux aussi qui se compliquent la vie en se référant sans cesse à la véritable loi : « C'est normal que je m'énerve, même s'il ne s'est rien passé, il a coulé son stop, et on n'a pas le droit de couler un stop, il faut marquer un temps d'arrêt. » Le problème est trop souvent de confondre une loi des hommes faite pour la société et une règle individuelle dont le but est incertain car le fait même d'avoir tous ses enfants qui se refusent

à manger du fromage après le dessert ne présage pas d'une situation meilleure en termes d'émotions et de qualité de vie.

Ces dernières techniques permettent d'évoquer clairement un risque que tout thérapeute connaît en restructuration cognitive, celui de servir de modèle au patient. Il est très simple de donner l'illusion au patient que le thérapeute, détenteur d'une vérité, est un exemple à suivre. Or il n'est jamais conseillé d'être un tel exemple qui d'office exclue de la relation thérapeutique puisqu'il n'est plus question alors que d'une relation de conseil... au mieux. Ainsi, s'il est utile de passer par l'utilisation d'exemples, ces exemples seront à dénicher ailleurs, mais nous y reviendrons amplement.

Il semble que le patient en plus de prendre conscience des problèmes que causent les règles dysfonctionnelles qu'il utilise dans ses interprétations de l'environnement, doit aussi prendre conscience du fait qu'elles sont dysfonctionnelles dans sa seule situation, et parce qu'il les utilise de manière rigide. Les règles utilisées ne sont pas intrinsèquement fausses, elles sont juste inadaptées aux moments et aux lieux, elles provoquent ainsi des interprétations qui elles peuvent être erronées et qui entraînent des souffrances. Penser que quelqu'un ne vous aime pas parce qu'il ne vous dit pas bonjour n'est pas en soi stupide. Par contre, le penser tout le temps en oubliant qu'il peut arriver à ce quelqu'un d'être pris dans ses rêveries ou le penser lorsque ce quelqu'un est un total inconnu croisé dans la rue devient très vite handicapant.

Au niveau théorique, l'idée de cette restructuration cognitive, repose sur la notion de schémas que Aaron Beck développa pour la psychopathologie cognitive dès les années 1970. Les schémas seraient des structures en mémoire, se construisant au fil du temps par le vécu de certains événements. Des structures qui contiennent beaucoup de choses comme des informations sur le monde ou des règles pour interpréter le monde. Certains schémas dits pathologiques ou dysfonctionnels ou mal adaptés contiennent de ces règles d'interprétation dont l'application, la plupart du temps entraîne une mécompréhension, des erreurs, qui dans les relations sociales pourront faire naître des souffrances. Le travail de restructuration est donc d'atteindre patiemment ce niveau profond de la construction cognitive pour en changer les règles. C'est donc, presque d'emblée, un travail fastidieux. Fastidieux d'abord parce qu'il prend du temps, que c'est un long cheminement qui mène aux règles schématiques et plus encore à leur assouplissement ou plus radicalement leur remplacement. Fastidieux encore, parce qu'il est supposé que les schémas, une fois installés, ont pour eux de traiter l'information par le filtre de leurs propres règles, donc automatiquement de la rendre

congruente au reste des informations qu'ils contiennent. Ainsi, si un schéma peut expliquer la paranoïa, il faut croire que la personne qui l'utilise interprétera tout comme une menace en pensant des choses du type : « Il faut toujours se méfier des autres, et ce type en costard me veut sûrement du mal », et même face à de mauvaises prédictions, il s'en sortira par : « D'accord, le type en costard a été sympa avec moi cette fois-ci, mais c'est seulement pour m'amadouer, pour m'enfoncer encore plus la prochaine fois. » Les règles se confirment ainsi, l'information est traitée de manière congruente au schéma, la souffrance augmente, comme la paranoïa. Le problème est parfois que le type en costard n'est autre que le psy qui tente la restructuration cognitive depuis plusieurs séances... et qui n'avance pas.

Il existe à ces problèmes de temps et de complexité de la restructuration, des alternatives de traitement qui se focalisent directement sur les schémas. Young, comme nous le verrons, propose des modes de restructuration plus rapides par l'intermédiaire d'une mesure directe des schémas utilisant des questionnaires. Il est question alors de *thérapie centrée schémas*. Il est aussi possible d'orienter le travail thérapeutique de restructuration vers une prise de conscience rapide des schémas et de leur action sur les modes de raisonnement et d'interprétation du monde. C'est ce que nous nommerons les *thérapies orientées schémas* que nous allons détailler après un exposé théorique nécessaire pour trois raisons :

- pour bien appréhender son traitement, le patient doit en comprendre le fondement, il est donc quasiment obligatoire de l'informer sur la théorie liée aux schémas ;
- pour comprendre ce qu'il fait en *thérapie orientée schémas*, le thérapeute doit en saisir les bases théoriques ;
- pour briller en société, l'auteur de cet ouvrage a besoin de montrer qu'il manipule des concepts... conceptuels.

## Chapitre 2

---

# SCHÉMAS, POUPÉES, FANTÔMES ET AUTRES CHARIVARIS

### BARTLETT LE PRÉCURSEUR

Lorsque l'on parle de la notion de schémas en psychologie, il est courant de restreindre le domaine d'explication à la psychologie générale et de se référer aux textes de Minsky (1975), de Schank et Abelson (1977) ou de Norman et Rumelhart (1975) en oubliant parfois que l'initiation de ce concept est un peu plus ancienne.

Historiquement — et juste pour nous embrouiller un peu l'esprit —, c'est Kant (1781) qui le premier parla de *schemata*, dans sa *Critique de la Raison pure*, en écrivant que nos concepts n'ont pas pour fondements des images ou des objets, mais des schèmes. Schèmes qui, dans son idée, peuvent être compris aujourd'hui comme des catégories mnésiques. Kant développait aussi l'idée que ces *schemata* recouvraient en mémoire des valeurs issues de nos expériences passées. Il distingue en ce sens les choses physiques ou noumènes et les phénomènes qui sont

des formes *a priori* de la connaissance qui servent de filtres à nos expériences. Les *schemata* sont dans cette acception, de ces phénomènes.

Mais en psychologie, c'est Bartlett qui dès 1916, rejette sans malveillance la validité écologique des travaux d'Ebbinghaus (1885), pionnier des études expérimentales sur la mémoire. Il suppose, à bon escient, qu'étudier des syllabes non significatives comme le fait son prédécesseur, ne peut nous amener à comprendre les phénomènes dynamiques de la mémorisation et du rappel. L'idée de cette dynamique repose sur l'hypothèse, qui sera largement pérennisée, selon laquelle la remémoration n'est pas la re-excitation de traces innombrables et fragmentaires, mais une reconstruction que l'individu entretient avec une masse active d'expériences passées. Pour le coup, nous ne nous souvenons pas réellement, nous savons que quelque chose a eu lieu, et grâce à une multitude d'informations sur cette chose nous la décrivons avec tant de détails que nous-mêmes nous y croyons.

L'idée était donc posée que les informations sont traitées avant d'être mémorisées, et avant d'être retrouvées en mémoire. Nous y ajouterons que ces processus sont dépendants de variables situationnelles et dispositionnelles... et des dispositions différentes feront, par exemple, qu'une journée de mariage ne sera jamais rappelée de la même façon par les deux condamnés.

Bartlett mena de nombreux travaux dans le sens d'une recherche de l'influence écologique sur la mémorisation, mais c'est sa synthèse de 1932 qui fait référence et dans laquelle on retrouve l'essentiel des fondements de la notion de schémas et ce sur quoi nous pourrons appuyer une partie de nos développements. L'auteur y relate sa célèbre expérience de la « guerre des Fantômes », un conte issu du folklore des Indiens d'Amérique qu'il raconte à des sujets britanniques, étudiants de Cambridge, et dont il demande des rappels à différents intervalles en sachant bien que « se rappeler d'une histoire quinze minutes ou dix ans après n'aura pas exactement la même valeur vis-à-vis de ses propres arguments sur la validité écologique » (Brewer, 1999).

Il remarqua que les sujets remaniaient le conte à leur convenance, rétablissaient dans l'histoire leurs propres liens de causalité entre les informations, par omissions, altérations de la signification et occasionnellement par additions. Il recensera différents modes dynamiques de changement dans le rappel comme les processus de résumé, les transformations vers ce qui est familier, les inférences... autant de phénomènes qui pourront être repris pour l'étude des schémas dans les différents domaines de la psychologie. Il observa encore que plus les rappels étaient nombreux, plus le conte ressemblait à un conte issu du folklore

anglais. L'ensemble de ses études et de ses résultats fit dire à Bartlett que « pour un individu comme pour un groupe, le passé est sans cesse remanié, reconstruit, en fonction des intérêts immédiats ». L'idée est que ce processus de réécriture qui concerne les souvenirs d'un conte folklorique, mais aussi ceux de notre propre histoire, des événements de notre enfance (Hyman et Pentland, 1996 ; Thorne, 1995), doit être ainsi considéré comme normal et sain. Remanier le passé permet une meilleure adaptation aux changements personnels. Cela nous permet aussi d'accepter l'illusion de la continuité entre ce que nous étions il y a quelque temps et ce que nous sommes aujourd'hui, alors que sans pour cela être schizophrènes, nous étions bien des êtres différents à ces deux moments.

Nous pourrions dire que Bartlett parla alors des schémas, comme de structures cognitives abstraites qui se forment par diverses confrontations avec l'environnement, et qui ont pour caractéristique d'organiser les informations selon des modes et des groupements spécifiques. Ces schémas, interfaces entre l'environnement et le sujet, expliquaient pour lui, la recherche de cohérence entre les informations proposées et la structure, le contenu du schéma lui-même. De manière générale, la cohérence ainsi décrite est reflétée par la facilitation du souvenir. Plus un événement est cohérent avec la structure que j'ai en mémoire, mieux je l'intègre, mieux je le rappelle. Le problème existe lorsque cet événement n'est pas cohérent avec la structure, parce qu'alors je peux tout aussi bien ne pas l'intégrer, donc ne plus m'en souvenir par la suite, que le modifier lors de son intégration pour qu'il devienne cohérent. Bien entendu, ces phénomènes étant non conscients, je ne peux même pas soupçonner leur existence dans des conditions normales.

Nous noterons que Bartlett posait déjà le principe de l'inconscience des schémas, comme ceux de leur influence, leur création durant la vie autour d'images, de sensations, d'idées, leur action visible dans les comportements...

Après Bartlett (1932), la notion de schémas fut relativement oubliée, jusqu'aux prémices de la psychologie cognitive. Kelly (1955a et b) développa l'idée de *constructs personnels* : structures internes expliquant les comportements que les contingences de l'environnement, à elles seules, ne peuvent expliquer. Ces *constructs personnels* se construisent au fil du temps, par évaluation des expériences vécues. Ils s'organisent sous forme de règles, et servent à l'individu à anticiper les événements de son environnement. Si l'anticipation s'avère exacte, alors là où les règles l'ayant permise deviennent plus importantes dans le *construct*. Par contre, elles sont oubliées si elles sont à l'origine

de diverses anticipations qui s'avèrent inexactes. C'est dans ces anticipations que Kelly place le développement de la personnalité qu'il propose comme « saine » ou « pathologique » ; et nous verrons que schémas et personnalité font parfois si bon ménage que les notions se confondent. La pathologie viendrait essentiellement du fait que certaines règles, bien que menant à des anticipations maintes fois erronées, restent utilisées pour comprendre le monde. Un phénomène de transformation des événements pour correspondre à de telles règles est même envisagé. Ainsi, si ma règle interprétative-anticipatoire est « tous les pys sont des fous » et que je rencontre un psy qui semble mentalement équilibré, j'accepterai l'exception en me disant soit « il n'est pas vraiment fou, mais ce n'est pas vraiment un psy », ou mieux encore « celui-ci est tellement fou qu'il s'arrange pour que ça ne se voit pas ».

Ces notions de schémas ou de *constructs* rappelleront aussi les schèmes chers à Piaget (Piaget, 1936, 1964 ; Piaget et Inhelder, 1941, 1968) qui sont des structures cognitives utilisées dans toutes les activités mentales ou motrices, et qui sont causes non pas de la facilitation du souvenir, mais de la régularité des actes tant au niveau individuel (un même sujet se comportant toujours de la même façon), qu'au niveau général (différents sujets, à un moment donné de leur développement se comportent d'une même façon). Mais même si certains ponts paraissent évidents entre ces concepts, nous ne nous y risquons pas, d'une part car ce n'est pas le sujet de notre développement, et d'autre part parce que seuls des spécialistes de la théorie piagétienne comme Vaughn et Pfenniger (1994) peuvent se le permettre en ayant pleinement conscience que, « tandis qu'il peut y avoir une certaine puissance de compréhension dans une intégration fructueuse des théories, il y a certainement une perte ou une dilution des idées dans une intégration infructueuse, moyen par lequel une théorie est subordonnée au métaphysique revendiqué par l'autre ».

## LE COURANT SOCIAL

En psychologie, il est possible de dire que l'étude des schémas s'est partagée en plusieurs courants plus ou moins distincts, dont trois nous intéressent particulièrement : la psychologie sociale, la psychologie générale et la psychopathologie cognitive. Nous remarquerons encore que, ce sont différents principes proposés par Bartlett (1932) qui sont à la base de ces développements spécifiques.

Pour ce qui est de la psychologie sociale, lorsque la notion de schémas y fut reprise, c'est le principe de facilitation qui prima. La facilitation est observable de bien des façons, mais en particulier par un accès censé être plus rapide pour les informations contenues dans les schémas les plus actifs, importants, prépondérants. Alors, très vite l'analyse des temps de latence de la réponse, a été proposée afin d'atteindre la structure des schémas (Cross et Markus, 1994 ; Markus, 1977 ; Rogers, 1981).

L'idée vient du principe de Bartlett selon lequel durant le traitement de l'information, la congruence aux schémas facilite la performance. D'une manière générale, la facilitation du traitement de l'information médiatisée par des processus cognitifs automatiques et inconscients, se traduit par des réponses plus rapides (Yonelinas et Jacoby, 1994). Il s'agit là des temps de réaction qui intéressèrent Exner dès 1868 et qui désignent l'intervalle temporel séparant un stimulus d'une réponse. Durant cet intervalle temporel se situent bien sûr de multiples étapes de traitements cognitifs de l'information, mais aussi de propagation des influx nerveux, de réponses corticales, etc. Cependant, même si toutes ces étapes ne sauraient être atteintes et décomposées, il serait possible d'inférer des processus et des structures mémorielles à partir des temps de réaction.

Markus (1977) utilisa un paradigme basé sur le relevé de ces temps de réaction. Elle postule que si des sujets possèdent un certain schéma, et qu'on leur présente certains adjectifs, alors ils sont plus rapides à fournir un jugement en référence à eux-mêmes si ces adjectifs se rapprochent du contenu spécifique du dit schéma. Cela signifie que les individus ayant un schéma prépondérant ont plus de facilité à dire si un adjectif leur correspond, lorsque cet adjectif correspond au schéma. Mais, les informations très éloignées du schéma connaîtront aussi un effet de cette facilitation, car autant un sujet *sait* ce qu'il est, autant il *sait* ce qu'il n'est pas. En fait, ce sont les informations qui ne correspondent pas tout à fait au schéma testé, celles qui n'en sont pas trop éloignées, mais pas trop proches non plus, qui verront leur temps de traitement augmenter.

Rogers (1981) dans des études sur les schémas de soi proposait une tâche où il s'agissait de comparer des adjectifs en fonction de leur valeur de référence à soi, et concluait que le temps nécessaire pour émettre un jugement est en relation linéaire avec la distance entre les deux adjectifs dans l'espace de la référence à soi. Il put montrer ainsi que la référence à soi est une structure puissante et cohérente. Il retrouve par son paradigme que le temps nécessaire à émettre des jugements auto-descriptifs peut être représenté par une courbe en U inversé qui est fonction

de la valeur auto-descriptive des adjectifs. Les adjectifs pouvant être positionnés sur un continuum de correspondance au schéma de soi, le traitement aux extrémités du continuum de référence à soi (« me décrit totalement » et « ne me décrit pas du tout ») se fait par l'intermédiaire d'une structure cognitive particulièrement efficiente dont le reflet est le temps de réaction.

La figure 2.1 représente cette courbe en U inversé qu'il est possible de retrouver dans les résultats des expériences précédemment citées. Mais, cette courbe en U inversé ne peut être obtenue que dans des expériences où il est possible de classer des informations sur un continuum de référence à un schéma particulier, ce qui n'est pas toujours facile, du moins a priori. A posteriori, par contre, de tout effet facilitateur observé, il sera possible d'inférer une certaine structure.

C'est d'ailleurs cette inférence de structure et de contenu mnésique que Rogers (1981) recherchait. Il se basait pour cela sur le postulat d'une organisation de la mémoire en réseaux sémantico-associatifs, liés eux-mêmes à l'effet facilitateur du *priming* (Anderson et Bower, 1973 ; Collins et Loftus, 1975 ; Collins et Quillians, 1969, 1972 ; Isen *et al.*, 1978). Le *priming* étant ce phénomène voulant que l'activation d'un concept en mémoire se propage en activation des concepts qui lui sont liés, défiant parfois toute logique, car ce n'est pas obligatoirement la logique qui lie les concepts en mémoire. Ainsi, à la question : « que boivent les vaches ? », beaucoup répondent du lait, demi-écrémé et UHT de préférence, alors que les bovins savent se satisfaire d'une simple lampée d'eau, même un peu sale. À la base des premiers exercices d'associations libre, encore que certains les conçoivent autrement, ce concept de *priming* garde toute son importance dans les psychothérapies actuelles, tant et si bien que tout modèle théorique cherchera à l'expliquer d'une manière ou d'une autre ; le modèle des schémas n'y échappant pas.

En psychologie sociale, la notion de schémas a connu, bien entendu d'autres développements en particulier au niveau des représentations sexuelles de soi (Andersen *et al.*, 1999 ; Cyranowski *et al.*, 1999) et de leur construction (Martin *et al.*, 2002 ; Tenenbaum et Leaper, 2002). La compréhension de schémas de soi en est une autre problématique, parfois même dans une optique clinique (Stein *et al.*, 1998 ; Sims *et al.*, 2001). Des études portent aussi sur la notion de schémas culturels, comme formes de stéréotypes (Ridley *et al.*, 2000), qui peuvent aussi être des schémas moraux (Narvaez et Bock, 2002). Mais pour l'essentiel, ce qui concerne notre problématique est contenu dans le développement précédent. Rappelons que cet essentiel est bien de comprendre

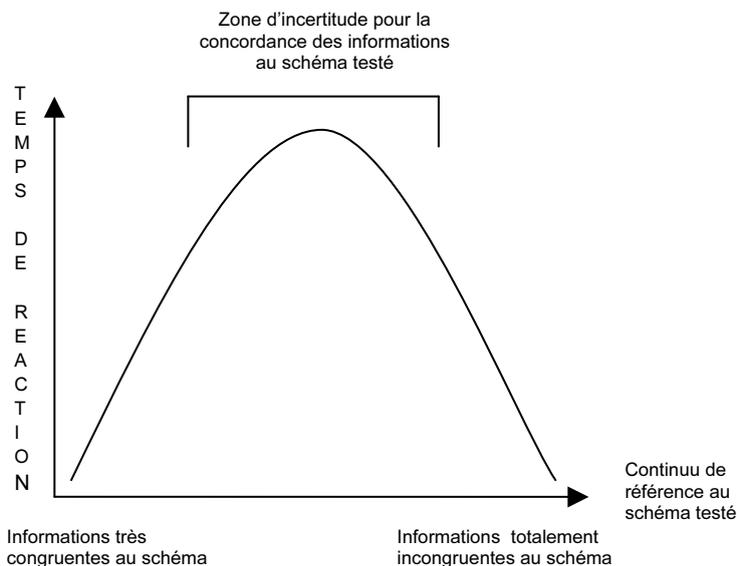


Figure 2.1. Représentation hypothétique d'un effet dû à un schéma.  
Facilitation du traitement de l'information opérationnalisée  
par les temps de réaction.

les effets interprétatifs et facilitateur sous entendus par le concept. Une part importante des effets facilitateurs est représentée dans cette accessibilité accrue à certaines informations. Pour ce qui est de l'étude des autres effets facilitateurs, et des effets interprétatifs, c'est du côté de la psychologie cognitive expérimentale que nous nous tournerons.

Mais avant, relevons qu'il est évident que la notion de schémas place toujours son utilisateur dans le contexte d'une psychologie cognitive. Il va donc de soi que l'axe de la psychologie sociale présenté précédemment est un axe cognitif, comme la psychopathologie présentée par la suite sera cognitive. Ici, sera exposée la notion de schémas dans le cadre des travaux de la psychologie générale, c'est-à-dire de l'étude de ce que chacun de nous a psychologiquement en commun avec ses semblables, suite logique des travaux de Bartlett (1932).

## APPROCHE COGNITIVO-EXPÉRIMENTALE

La notion de schémas fut formalisée dans ce cadre à partir d'un article phare de Rumelhart (1975) intitulé *Notes on a Schema for*

*Stories* ; et l'on peut croire que l'idée essentielle se retrouve dans ce titre. Il est question d'un besoin de l'époque d'une description de systèmes pouvant gérer les représentations, mais aussi d'une description de représentations spécifiques qui, comme le disent Norman et Rumelhart (1983), visent « à représenter des unités de connaissances supérieures à la phrase ». Minsky la même année (1975), avait aussi expliqué, en proposant la notion de cadre (*frame*), que l'activité mentale humaine était trop rapide et trop puissante pour être comprise dans des limites phrasiques comme c'était le cas à l'époque. En gros, les informaticiens pouvaient toujours rêver, comme ils programmaient avec des mots et des phrases, comme ils utilisaient la logique, les ordinateurs ne deviendraient jamais *plus* intelligents que nous... ou intelligents *comme* nous.

L'idée principale est donc d'expliquer comment une histoire peut contenir plus d'informations qu'elle n'en donne parce qu'elle implique des interprétations à la fois de la part du narrateur que de celui qui écoute. Notons dès à présent que le décalage entre ces différentes interprétations sera très intéressant à étudier, comme de nombreux chercheurs ont su le faire.

Dès le départ, les schémas sont considérés comme des structures qui trouvent leur place en mémoire et se composent de concepts généraux ayant trait à des objets, des situations, des actions, mais aussi des événements. Rumelhart et Norman (1983), qui insistent sur le flou qui entoure parfois la notion de schémas, les résument comme les stéréotypes des concepts qu'ils contiennent, des modèles extérieurs du monde. Ce sera peut-être là l'un des points faibles des schémas : le fait qu'ils se définissent d'emblée, au niveau plus pratique, comme un ensemble de concepts qui ont des points communs, des relations, qui sont eux-mêmes l'explication constituante d'un concept qui définit le schéma (et je vous promets que cette phrase a du sens !). Serait-ce en fait un serpent qui se mord la queue, ou une boutade à la Binet ? À la question : « Qu'est-ce que le schéma X ? », la réponse est donc : « Le schéma X est ce qu'il contient ! »

Mais il faut ici aussi comprendre les schémas quant à leur utilité : ils imposeraient un cadre précis au traitement d'une information, ceci afin de le faciliter en restreignant les alternatives d'interprétation et de stockage. Les schémas ont donc une action primordiale au niveau de l'entrée dans le système de traitement. Mais pour que cette action soit possible les schémas doivent avoir un minimum de caractéristiques proposées par Rumelhart et Ortony (1977) que nous classons en deux catégories :

- *le contenu* : les schémas se doivent de comporter des variables, d'être composés de connaissances plutôt que de définitions, que ces connaissances englobent tous les niveaux d'abstraction ;
- *le fonctionnement* : les schémas se doivent de ne pas être isolés les uns des autres (possibilités d'enchâssement par exemple), d'être actifs dès la reconnaissance de l'information, d'avoir pour but l'évaluation de l'adéquation entre l'information entrante et le traitement en cours.

Ajoutons à ces caractéristiques celles primordiales de l'automaticité de leur mise en œuvre et de la non-conscience des résultats de cette mise en œuvre.

Norman et Rumelhart (1983) expliquent encore que les schémas se composent de ce que nous pourrions appeler des ensembles de stéréotypes se rapportant à chacun des concepts qui les constituent : ainsi nous savons qu'une voiture a des roues ou un avion des ailes et ces informations sont activées dès que nous entendons les mots « avion » ou « voiture ». Comme nous pouvons activer des informations du type « danger » ou « admiration ». Le fonctionnement serait alors celui d'un filtre qui dans un premier temps permettrait de considérer l'information importante dans le traitement en cours et qui dans un second temps, à partir de cette information extraite de l'environnement énoncerait les implications dues aux stéréotypes du schéma. Pour comprendre plus facilement ces idées nous pouvons considérer cet exemple :

Dans une bibliothèque que je ne connais pas, je prends un livre au hasard, sans regarder le titre et la couverture pour ne pas être influencé, je l'ouvre au hasard à une page, et encore au hasard, je choisis une ligne... tout cela sans me poser une seule question sur mon état mental...

Sans connaissance *a priori* sur les protagonistes ou les lieux de la scène, sur l'auteur du livre ou sur l'histoire, je lis les phrases suivantes : « Comme elle avait été sage toute l'année, le Père Noël apporta une belle poupée à Louise. Louise l'appela Valentine. »

J'ai déjà fait nombre d'inférences à partir de ces deux phrases à savoir, par exemple, que Louise est une petite fille, qu'elle ne doit pas avoir plus de six ou sept ans, qu'il ne doit pas s'agir d'une poupée mannequin ou cela aurait été précisé, et le prénom qui lui a été donné aurait plus été de l'ordre de « Barbie » ou « Tessa ».

J'ai pu facilement imaginer Louise, petite fille sage en fonction des stéréotypes que je me suis construits à propos des petites filles sages de moins de sept ans. Connaissant personnellement une petite Louise de cet âge est assez sage j'ai attribué certaines de ces qualités intrinsèques au personnage de l'histoire. Ainsi, temps que rien ne le contredit, dans mon imagination, et sans même que j'en ai conscience, la Louise du livre

est rousse. J'ai pu aussi imaginer Valentine à partir de poupées de mon entourage ou de mon expérience.

Mes spéculations interprétatives m'ont mené à ne plus considérer la présence du Père Noël dans la scène, alors que c'est pourtant, jusqu'à preuve du contraire, l'un des deux personnages de l'histoire. Par contre, je peux aller très loin et me représenter mentalement la scène suivante : parents en arrière-plan se tenant la main et regardant d'un œil attendri leur fille tenir une poupée à longue robe dans ses bras, le regard plein de bonheur, au milieu de paquets, près d'un sapin couvert de guirlandes et de lumières, avec même un feu de cheminée crépitant s'il le faut...

Je viens donc de me créer un schéma interprétatif pour la suite de l'histoire. Ce schéma s'est formé à partir de mes connaissances, de mes expériences, et de nombreuses choses dont je n'ai pas conscience. Ce schéma servira par la suite à l'interprétation de toute autre information à traiter dans le cadre de la lecture de ce livre... et Louise restera donc rousse tant qu'il ne sera pas écrit qu'elle est brune. Mieux encore, si une figure de style rapproche dans le livre la couleur des cheveux de Louise avec celle du soleil, je ne considérerai pas qu'il fait beau temps et que Louise doit, tout compte fait, être blonde, mais bien que le soleil doive être en train de se coucher et qu'il prend des couleurs rougeâtres. Ce phénomène étant le résultat d'une nécessité : pour être utile, le schéma interprétatif doit être stable et peu remis en cause. Ainsi si nous continuons notre exemple :

Toujours sans douter de mon propre état, et poussé par je ne sais quelle pulsion, j'ouvre le livre au hasard à une autre page, et le lis la phrase suivante : « Valentine, assise sur sa chaise, attendait son repas avec impatience. »

Cette phrase, je vais donc la passer au filtre de mon schéma pour la comprendre, et je vais l'interpréter sans doute comme suit :

- Je sais que Valentine n'est en rien actrice de la scène, elle n'en est qu'un objet, je sais qu'elle n'a pas de sentiment d'impatience, je sais qu'elle ne va pas réellement manger ;
- J'imagine Louise jouant à la poupée et à la dinette en même temps, j'imagine des couverts et assiettes en porcelaine ou en plastique, je lui prête, à elle, des sentiments comme la joie, je la suppose mimer l'empressement et l'énerverment face à cette poupée pleine d'impatience, etc.

C'est dans ce cadre de compréhension d'énoncés et d'inférences, d'interprétations, d'attributions, que la notion de schémas a donc été construite. Tout repose sur des variables qui ont de la signification dans un cadre donné comme : « jouet » ; « cadeau » ; « fête de Noël », etc.

Ces significations nous permettent d'interpréter l'ensemble de la scène pour qu'elle soit en adéquation avec une représentation au départ plus vague, que composent les schémas eux-mêmes. Notons, même si cela va de soi, que c'est cette représentation que j'ai extraite de mes traitements de l'information sur la base de schémas que j'ai intégrée en mémoire et à laquelle je ferai référence, si besoin est, lors d'un rappel. Nous voyons ici la caractéristique d'activité des schémas... et un schéma, une fois établi, si besoin est, peut être réutilisé *sans conscience* dans un autre traitement de l'information, peut influencer un nouvel encodage comme un rappel.

Mais ces variables ont un sens spécifique, impliquent une scène particulière, parce que je les ai déjà placées dans un certain cadre, un certain schéma, en disant que je feuilletais un livre et lisais des phrases au hasard. Mon cadre interprétatif aurait été bien différent, mes attentes différentes, si j'avais remarqué que le livre était d'une collection pour très jeunes enfants : alors le Père Noël aurait sans doute été un personnage central et Valentine aurait pu avoir ses propres sentiments, quant aux parents je n'y aurais peut-être même pas pensé. La création du schéma est donc influencée par une multitude d'informations contextuelles.

Mais le schéma peut être aussi totalement bouleversé, car une étape suivante peut être envisagée :

Je ferme le livre qui ne me semble pas très intéressant à la seule lecture de ces deux passages, et pour la première fois, j'en vois la couverture et je découvre sur un fond noir, comme une traînée de sang marquant un titre inattendu : *Valentine la poupée qui tue*. Alors, par cette information primordiale et remettant réellement en cause ma logique interprétative, je vais aussitôt réformer mon schéma :

- Louise reste la même, une petite fille sage toute l'année qui croit au Père Noël, rousse, correspondant toujours à la même représentation ;
- Je parviens sans peine à me représenter une poupée « vivante », ayant des sentiments, avec un long couteau, comme toutes les poupées qui tuent... ;
- Sans m'en rendre compte, je réadmets l'existence d'un Père Noël, tant que rien ne vient la contredire... mais reste tout de même un flou dans mon schéma : est-ce un Père Noël dont la confiance a été abusée, ou un Père Noël qui à la suite d'une mauvaise chute de traîneau est devenu psychopathe.

Mon nouveau schéma formé, je *relis-recomprends* les phrases dans un autre contexte, et Valentine peut effectivement attendre son repas avec impatience — Louise a intérêt à se manier. Toute incohérence, toute lacune dans la logique du récit sera, sans doute, maintenant, interprétée et transformée en un élément augmentant le suspense. Un schéma général guide donc l'information que je sélectionne et ma façon de la traiter ; et l'information est elle-même source de données dans mon cadre interprétatif (information dite descendante).

Les schémas sont donc aussi des représentations enchâssantes et enchâssées et il est commun d'imaginer des hiérarchies de schémas, sous-schémas, sous-sous-schémas, bien que certains doivent être primitifs, c'est-à-dire indécomposables. Ainsi, petite fille comporte corps humain qui comporte visage qui comporte bouche... Il ne s'agit donc pas ici d'une représentation uniquement par attributs ou par traits. L'activité des schémas se situe aussi à ce niveau de l'enchâssement car chaque schéma apporte l'information de ses sous-schémas (information dite ascendante).

Les caractéristiques les plus délicates des schémas dans cette acception font référence au niveau d'abstraction des connaissances, aux types de connaissances et à leur forme en mémoire. Il est considéré que toute connaissance peut être de l'ordre du schéma quel qu'en soit le niveau d'abstraction. Ainsi du plus concret au plus abstrait, un schéma comprend la connaissance poupée, un autre la connaissance cadeau, le Père Noël est schématisé, et le fait d'y croire l'est tout autant. Nous accepterons aussi que les schémas contiennent tous les types de connaissances imaginables et sous toutes formes, même s'il n'est jamais question de définir ces types de connaissances et leurs formes. Ainsi le schéma poupée doit comporter des aspects du type « définition de mots » comme on en trouve dans un dictionnaire, mais aussi des aspects plus encyclopédiques avec des faits en relation et en rapport avec les poupées, mais aussi des liens avec nos expériences personnelles sur les poupées. Il n'est donc pas question d'une limitation du schéma à un stock de mémoire en particulier, et des aspects sémantiques, épisodiques ou autres peuvent y prendre place.

Un bon exemple, plus expérimental mais peut-être moins complet, serait celui de Davidson *et al.* (1995). Dans l'idée que les schémas sont des prototypes mnésiques, ils ont supposé que celui concernant la personne âgée devait être structuré autour d'idées parfois négatives surtout chez les individus les plus jeunes. Leur hypothèse opérationnelle est alors que l'attention et/ou la mémorisation d'informations concernant des personnes âgées doit être influencée de façon remarquable par les

schémas. À l'aide d'un paradigme portant sur la mémorisation de la description de personnes présentées comme vieilles ou sans âge, ils ont pu remarquer que les informations les mieux retenues pour des enfants de six, huit et dix ans, étaient celles congruentes avec cette idée négative générale des personnes âgées. Ce dernier résultat concerne bien entendu les descriptions de personnes catégorisées sur l'âge, car les descriptions de personnes sans âge entraînent de meilleures mémorisations des informations congruentes à leur orientation générale (positive ou négative).

Il existe aussi une façon presque pragmatique de considérer et de définir les schémas en se plaçant à un niveau d'explication des traitements. Ainsi, Tijus (2001) nuance ce qui a été décrit sur les contenus et fonctionnements des schémas au niveau de leur rôle. Il explique que si les schémas sont des représentations, leur rôle est d'aider à la construction d'autres présentations à l'aide de traitements spécifiques que nous pourrions reprendre par la suite au compte de la psychopathologie, tels que :

- *L'inférence sur les connaissances* : si on me dit que « l'autruche est un grand oiseau » et que je n'ai aucune connaissance sur l'autruche, je me la représente en fonction de mon schéma oiseau et je la vois pondant des œufs, avec des ailes et volant majestueusement ;
- *La recherche d'analogie* : comme précédemment, il s'agit de combler un manque en mémoire pour une situation nouvelle, en cherchant ce qui lui ressemble le plus ;
- *L'instanciation des schémas et la spécification sur les catégories* : lorsqu'une valeur manque, le schéma en fournit une par défaut, il propose les valeurs probables et stéréotypiques ;
- *L'attribution d'intention* : sachant que tout effet a une cause les schémas organisent les liens de causalité ;
- *L'application de règles pragmatiques* : lorsqu'un contenu est métaphorique ou ambigu, le schéma propose des règles d'interprétation.

Mais il faut aussi intégrer des processus spécifiques d'effet sur les représentations qui fonctionnent en rétroaction, c'est-à-dire considérer que les schémas sont, eux-mêmes, soumis à changement lors du traitement de l'information, et que des valeurs supposées fixes, peuvent varier. Ainsi il pourrait y avoir des processus de restructuration des schémas par prise de conscience d'aspects erronés. Si j'apprends que l'autruche ne vole pas, mon schéma oiseau ne sera plus exactement le même la valeur fixe « vole » deviendra « vole dans la plupart des cas ». Le même exemple aurait pu conduire à une différenciation schématique et entraîner la constitution d'un schéma spécifique *autruche* différent

de celui *oiseau*. Sans changement, il peut y avoir un enrichissement des schémas par un enrichissement des représentations qu'ils contiennent... Suite à certaines expériences, beaucoup de petits garçons ont des schémas *femmes* qui s'enrichissent de la sorte au fur et à mesure qu'ils grandissent...

L'ensemble de ces processus spécifiques est à concevoir dans une problématique de compréhension du raisonnement. Mais en ce sens, il ne faut pas oublier que le raisonnement humain n'est pas chose parfaite et que s'il est puissant et étonnant au point de conduire, de la constatation qu'il existe des pois blancs et des pois noirs, au déchiffrement de la structure génétique de notre espèce, il peut dans des cas bien concrets et terre à terre, être entaché d'erreurs. Comme le raisonnement n'est pas uniquement actif dans des opérations concrètes de calculs mais dans toute activité quotidienne, il n'y a qu'un pas pour considérer les problèmes de la vie quotidienne comme fonction de structures schématiques. Et quoi qu'il en soit, même si les auteurs de psychologie générale-expérimentale-cognitive l'ont trop souvent oublié ; si les schémas veulent expliquer le « normal » ils se doivent d'expliquer le « non-normal », voire le pathologique. Ce pas a été largement fait en psychopathologie cognitive.

Il est évident que la notion de schéma a évolué en psychologie générale-expérimentale-cognitive, comme elle a évolué en psychologie sociale. On retrouve, par exemple, aujourd'hui cette notion développée dans le domaine de la linguistique-sémantique, vision du domaine en partie initiée par une étude de Mandler et Johnson (1977) qui reprenait le texte et une partie de la procédure de *La Guerre des fantômes*. Il est question, comme nous y reviendrons en psychopathologie du rôle des informations schématiques dans la compréhension de phrases engendrée par un priming (Traxler *et al.*, 2000), qui peut être sur l'agent, induit par l'utilisation d'un verbe spécifique (Ferretti *et al.*, 2001), et qui peut avoir une valeur sémantique propre à chaque individu (Stubbs, 2001). Les schémas tiennent aussi une bonne place dans les conceptualisations des modes de raisonnements et la résolution de problèmes (Dunbar, 2000). Il s'agit encore d'une vision des schémas proche des scripts et d'attentes ou d'attitudes particulières dans des situations particulières, et de leur influence sur la mémorisation, comme l'exemple du « script du restaurant » l'illustre si bien (Lampinen *et al.*, 2001).

Encore une fois, les principes intéressants notre développement sont toutefois décrits dans ce qui précède, comme ils sont la base des autres

développements de la notion de schéma. Ceci est sans doute à considérer comme un indice d'une dissociation de champs de la psychologie cognitive à partir d'une même idée dans les années 1970.

## SCHÉMAS EN PSYCHOPATHOLOGIE COGNITIVE

C'est donc dans l'idée de représentations organisées de l'expérience vécue, pouvant tout à la fois faciliter le rappel mais aussi entraîner des distorsions, que les schémas ont été repris du côté de la psychopathologie. Mais comme Williams *et al.*, (1990) le rappellent, l'accent a été mis sur le dynamisme de ces structures, c'est-à-dire sur le fait qu'elles n'intègrent pas « passivement » les nouvelles expériences, mais imposent la configuration d'un contenu schématique déjà existant — le soleil devient roux — et pourtant elles restent sensibles à ces nouvelles informations. On comprendra qu'il s'agit là d'une conceptualisation dont le but est de clarifier les théories de la pensée en psychopathologie, dans une approche cognitive, en tenant compte d'évidences issues de nombreuses observations ou approches cliniques non cognitives telles que : un individu connaît sa réalité, les événements ont de l'influence sur la structuration des troubles, il existe des phénomènes non conscients...

Le besoin d'une telle notion en psychopathologie, replacé dans l'historique du développement de l'approche cognitive, pourrait aussi être compris de la sorte : les études expérimentales s'intéressaient, dans le domaine du « normal », au fonctionnement de la mémoire, à ses capacités, aux influences physiologiques sur les comportements, aux constantes sensorielles dans la perception du monde, etc. Toutefois, toutes les études, bien qu'irréprochables au niveau de la méthode, bien qu'entraînant des lois générales de la psychologie, laissaient deux problèmes en suspens :

- Dès que l'on considère une étude générale, réalisée sur un grand nombre de sujets, on perd, en grande partie à cause des statistiques dont le but est d'aplanir certaines différences, le facteur individuel. Les études peuvent expliquer le fonctionnement et le stockage en mémoire de façon générale mais oublient qu'il existe des variations entre les sujets étudiés, et que pour certains les fonctionnements proposés ne sont pas aussi évidents. En fait, il s'agit ici, dans la plupart des études, d'un désir « atomiste ». Il s'agit de réduire les comportements à des lois, de morceler l'individu en l'expression de comportements qui rentreront quels qu'ils soient, dans un cadre

explicatif nettement délimité, cadre qui pourra être lui même réduit à des représentations abstraites... Selon un exemple peu travaillé : un individu X entrant dans un bistrot, cherche autour de lui les tables libres. On peut facilement tester cette conduite sur un grand nombre d'individus en les mettant dans une situation similaire avec des électrodes sur le cuir chevelu, des capteurs sur les yeux, et se rendre compte que de manière quasiment générale tout le monde réagit de cette façon. On va parler d'orientation de l'attention, de script du bistrot, etc. On décompose ici le comportement, on lui trouve une cause rationnelle, on teste sa généralité, et on l'explique par des concepts abstraits. Mais, dans ce grand nombre d'individus testés, des centaines en vérité, il y en a dix qui en entrant dans un bistrot vont d'abord rechercher la porte de secours ou les extincteurs. Ces dix-là n'ont toutefois aucune importance dans la conclusion de l'étude, puisque leur observation se noie dans une statistique ;

- L'individu comme une personne totale qui va se conduire activement, inconsciemment ou non, s'ajuster à son milieu, n'est pas pris en compte dans les théories générales. C'est encore un problème dû à ce désir d'atomisation des comportements. Il y aura bien un essai de prise en compte de cet individu total par l'utilisation de concepts tels que la motivation, voire l'émotion, mais encore une fois, ce n'est qu'une parcellisation des conduites qui fait perdre les aspects individuels de chaque individu qui en font un être unique.

Il s'agit donc là de deux aspects d'une problématique que connaît le psychologue en marge de l'expérimentation, un questionnement clinique sur l'individu dans sa globalité. Le clinicien a en effet besoin de comprendre son patient d'une manière globale, et non de savoir que son groupe d'appartenance social a une représentation cognitive de la solidarité différente de celle de son propre groupe d'appartenance. Le désir du clinicien doit être, en ce sens, de comprendre l'homme non pas d'un point de vue « atomiste », mais d'un point de vue fonctionnaliste et intégratif... Même si ce n'est qu'un leurre et qu'une bonne analyse de la situation, même atomisante, permet sans doute une meilleure compréhension d'un cas qu'une intégration globalisante et nécessairement floue.

Il existe, toutefois, au moins deux sortes de solutions à ce genre de problème d'inadéquation entre une psychologie théorico-expérimentale et une psychologie purement clinique... ou pire, problème d'inutilité immédiate de la recherche pour la pratique. Ces solutions ont en commun d'essayer de fondre les domaines par l'utilisation de concepts permettant un pont entre les champs. La première est d'utiliser un

concept nouveau, la seconde est d'utiliser un concept existant dans l'un des champs et de l'étendre à l'autre. En l'occurrence, c'est la deuxième solution qui a porté le plus de fruits. On notera, par exemple, que le concept de personnalité issu de la clinique a été remanié par l'expérimentation cognitive (Eysenck, 1950). En sens inverse, Bower (1981, 1987) explique les troubles par une mémoire organisée en réseaux sémantiques ; Mandler (1975) reprend le modèle des buts dans une interprétation émotionnelle, etc. C'est en partie de ce besoin que la notion de schémas fut, elle aussi, extraite d'une approche expérimentale pour être adaptée à une approche plus clinique en grande partie sous l'impulsion de Beck (1974).

Pour ce qui est du problème secondaire de l'atomisation expérimentale de l'individu et du désir de vision clinique globale, il perdurera, car quoi qu'il arrive, catégoriser l'individu, que ce soit en termes de personnalité ou de schémas, c'est encore céder à une vision atomiste. Même si un large effort est fait en ce sens, ces concepts ne permettent pas de considérer l'individualité psychologique qui, de toute façon ne peut certainement être considérée que dans une relation personnelle où toute notion d'explication est exclue. Car en fait, le problème de l'atomisation est intriqué dans le désir d'explication. Dès que l'on dit de quelqu'un : « il est comme ça, parce que... », on parcelle la conduite de l'individu et l'on perd une partie de ce qui le rend tel qu'il est, c'est-à-dire l'interaction de toutes ses composantes. Les concepts utilisés sont donc nécessaires pour répondre aux manques que provoquent les approches purement expérimentales de la psychologie, mais ils ne sont jamais que des conceptualisations de plus, et ils n'échappent pas eux-mêmes aux problèmes qui les rendent nécessaires. Mais c'est encore l'une de ces histoires où le serpent se mord la queue, à la différence que chaque étape nous permet de réduire d'autant les écarts entre la recherche fondamentale et la pratique, et que cette conceptualisation en schémas cognitifs est sûrement une étape essentielle du processus.

### **Modèle de Beck**

C'est le modèle de Beck (Beck, 1974, 2000 ; Beck *et al.*, 1974 ; Beck et Emery, 1985 ; Beck et Freeman, 1990) qui fait référence lorsque l'on parle de schémas en psychopathologie cognitive. L'auteur a d'abord imaginé le rôle des schémas autour de pathologies comme l'anxiété, la dépression et essentiellement les troubles de la personnalité. Ce choix, si c'était alors un choix, peut paraître assez logique dans le sens où les troubles de la personnalité (mais aussi la dépression et l'anxiété) se définissent relativement facilement par des types de pensées récurrents,

par des discours de patients orientés sur des thèmes spécifiques, par des règles de raisonnement, d'attribution que la personne ne souffrant de rien ne peut considérer que comme *a-normales*. Il associe ces constantes du discours du malade à des tendances d'actions (fuite, attaque, évitement, approche, etc.) et parle du tout comme un schéma issu d'une interaction entre le patrimoine phylogénétique et des élaborations ontogénétiques.

Beck parlera par exemple dans sa théorie des tendances d'actions comme des processus de la personnalité qui opèrent dans un but d'adaptation. Il donne l'exemple de divers patterns comportementaux qu'il décrit comme des traits de la personnalité, ou tout au moins des dispositions d'un individu, et qui représentent les stratégies interpersonnelles développées à partir d'une interaction entre les dispositions innées et les influences environnementales. À chaque trouble de la personnalité, il joint des patterns comportementaux typiques (voir tableau 2.1), comme à chaque forme d'anxiété, il est possible de joindre des croyances et des pensées particulières (Deffenbacher *et al.*, 1986).

Beck reprend alors les vues de Kant (1781), de Piaget (1936 ; 1964) et celles de la psychologie cognitive qui lui est contemporaine, et développe pour la psychopathologie clinique la notion de *schematas* rapidement renommés schémas.

Ces schémas sont décrits comme étant à la fois des structures et des processus qui, une fois activés, canalisent l'attention et interviennent comme des filtres cognitifs tout au long du traitement de l'information (*cf.* Wells et Matthews, 1994). Cette canalisation de l'attention, médiatisée par un phénomène dit « d'abstraction sélective » se fait vers un sous-ensemble d'informations disponibles qui représente l'information que l'individu suppose comme étant la plus importante et pour laquelle il s'est *sélectivement préparé* (Beck et Emery, 1985 ; Pretzer *et al.*, 1989).

Les schémas sont aussi proposés comme contenant des règles de production et de transformation des informations qui seront actives en mémoire à court terme (Beck et Clark, 1988 ; Beck, 2000). Il est supposé que ces productions et transformations entraînent des croyances ou suppositions non réalistes, déformées, qui peuvent produire des erreurs idiosyncrasiques dans l'évaluation de la situation (Pretzer *et al.*, 1989 ; Rouan et Pedinielli, 2002). Et c'est là une explication donnée aux troubles psychiatriques eux-mêmes dans ce que l'on peut y observer comme « différent » de la normalité, voire du raisonnement logique.

Beck et Emery (1985) donnent quelques exemples de ces règles chez un sujet anxieux : « Toute situation étrange doit être vue comme

*Tableau 2.1. Exemples de troubles de la personnalité, des attitudes qui leur sont jointes et des stratégies adaptatives recherchées (d'après Beck et Freeman, 1990).*

<b>Personnalités</b>	<b>Croyances de base</b>	<b>Stratégies sur-développées</b>	<b>Stratégies sous-développées</b>
Dépendante	On va m'abandonner	Attachement, recherche d'aide	Autonomie, mobilité
Évitante	Je peux être blessé(e)	Évitement, sens de la vulnérabilité sociale	Affirmation de soi
Passive-agressive	On me marche dessus	Résistance	Sociabilité, Affirmation de soi
Paranoïde	Les gens sont des adversaires potentiels	Circonspection, vigilance, méfiance	Sérénité, confiance
Narcissique	Je suis spécial(e)	Auto-valorisation, compétition	Partage, identification aux autres
Histrionique	J'ai besoin d'impressionner	Dramatisation, exhibition	Réflexion, contrôle, organisation
Obsessionnelle-compulsive	Je ne dois pas faire d'erreur	Perfectionnisme, contrôle, responsabilité	Spontanéité, ludisme
Antisociale	Les gens sont faits pour être roulés	Attaque, exploitation	Réciprocité
Schizoïde	J'ai besoin d'énormément d'espace	Isolement, inhibition	Intimité, vie de groupe
Schizotypique	Le monde est dirigé par des forces surnaturelles	Pensées magiques	Tests logiques

dangereuse » ; « Il est toujours meilleur de supposer le pire », « Ils vont attaquer au moindre signe de faiblesse », ou encore : « Une situation ou une personne est dangereuse jusqu'à ce que le contraire soit prouvé. » C'est sur ces croyances qu'il faut agir pour faire décroître l'anxiété.

Ces règles sont vues comme la traduction, pour un individu, de la structure des schémas d'un niveau plus profond, en événements cognitifs. Et ces événements cognitifs, produits du traitement de l'information dirigé par les schémas, en dernières instances, sont les réponses situationnelles d'un individu, ses pensées, mais aussi ses comportements moteurs effectifs. Ils sont aussi ses émotions, car selon la traduction, l'évaluation que le schéma fait de la situation, des émotions spécifiques vont être ressenties.

### *Place de l'émotion*

Dans l'idée que la plupart des troubles psychiatriques sont en lien avec des ressentis particuliers des émotions, il est aussi souvent considéré par Beck et ses collaborateurs que les schémas s'organisent avant tout, autour de thèmes émotionnels. Il est d'ailleurs parfois question de *schémas émotionnels*. Cette notion de schémas émotionnels a été introduite par Leventhal (1980, 1984) dans son modèle du traitement perceptivo-moteur, dans lequel l'émotion est un ensemble de la réaction allant séquentiellement de la perception du stimulus, à la réponse motrice.

Il faut noter pour la suite que l'auteur, parle de structures mémorielles construites à partir de nos expériences émotionnelles passées et se modifiant à chaque nouvelle expérience. En fait, il considère des schémas de deux niveaux : des schémas sensori-moteurs opérant sans effort volontaire pour sélectionner les informations dans l'environnement et pour préparer le corps à certaines réactions motrices, et des schémas au sens propre, qui contiennent des représentations concrètes d'événements émotionnels spécifiques et d'expériences antérieures. Ces structures mémorielles, ou schémas émotionnels, servent de guides à tout nouvel encodage d'informations émotionnelles, et en retour, se voient modifiées par toute nouvelle information émotionnelle encodée. Ces schémas ayant pour origine les premières interactions entre le nouveau-né, ses réactions physiologiques et son environnement, servent de base à toutes les émotions qu'un adulte connaît. Ce sont des structures cognitives qui organisent l'expérience et le comportement. Ils interviennent, selon Leventhal mais aussi selon Beck dans l'acquisition de réactions automatiques, et libèrent donc une grande partie des ressources de traitement de l'information. Ils servent de filtres cognitifs et guident les processus attentionnels, et ils ont une grande importance dans l'organisation des informations en mémoire. Bien évidemment, la formation des schémas et leurs actions sont automatiques, donc inconscientes.

Les schémas émotionnels, par leur importance en mémoire et dans les processus automatiques de traitement de l'information, sont aussi responsables de phénomènes de généralisation de l'expérience émotionnelle. Un schéma peut guider les réponses émotionnelles et motrices face à de nombreuses situations, et ceci de manière inadaptée, pour peu qu'il ait pris au fil des expériences antécédentes une place prépondérante dans les processus de traitement de l'information. Ainsi, cet individu, sous l'influence d'un schéma prépondérant, pourra répondre de manière automatique et inadéquate par la peur devant tout nouveau

stimulus de l'environnement. Un autre individu pourra être constamment jaloux, dès qu'un événement concernera une personne précise de son entourage. En fait, au niveau clinique, est inféré un schéma sous-jacent de la structure du symptôme, et l'on y reconnaîtra l'expression de nombreux troubles comme ceux de la personnalité.

Il est facile d'imaginer comment de tels schémas vont être coûteux pour un individu en termes d'isolement, de dépendance, de relations avec autrui, comment ils vont générer des difficultés dans les milieux familiaux, scolaires, professionnels. Pourtant, ces schémas, fermement maintenus par des éléments comportementaux, cognitifs et affectifs, sont difficilement modifiables. La raison peut en être que, vivant avec eux, et par eux, depuis bien souvent des années, un individu semble s'en accommoder, et y trouver des bénéfices à court terme, comme ne pas s'investir dans des actions risquées, donc ne pas en supporter les conséquences. C'est sans doute pour cette raison que la compréhension des bénéfices secondaires dans une analyse fonctionnelle d'un patient peut revêtir autant d'importance.

## *L'architecture*

### *Architecture du dedans*

Il faut voir les schémas comme nantis d'une architecture en mémoire, et comme étant influents sur l'ensemble de la chaîne du traitement de l'information : de la sélection des stimuli dans l'environnement, aux réponses émotionnelles, comportementales et physiologiques, en passant par le codage et le stockage des informations. Blackburn et Cottraux (1988) proposent de considérer les schémas comme des *structures de savoir* en mémoire à long terme qui se sont construites par intégrations successives d'expériences et qui contiennent les informations de références sur soi-même et sur le monde. En ce sens, les schémas peuvent être organisés en réseaux sémantico-associatifs (Bower et Cohen, 1982).

Dès 1979, cette idée avait été proposée par Lang dans l'élaboration de son modèle *bio-informationnel*. Il parlait alors de *prototypes*, assimilables aux schémas, stockés en mémoire selon des réseaux associatifs comme ceux décrits par Bower (1981, 1987) qui codent les informations extraites des expériences passées, des réponses à ces expériences et de la valeur émotionnelle de l'ensemble (voir Rusinek, 2004a).

Il s'agit d'imaginer l'ensemble des informations contenues en mémoire reliées dans un réseau sémantique dans lequel l'activation d'une information peut donc se propager à d'autres informations. De nombreux auteurs ont postulé des modèles plus ou moins analogues

pour décrire l'organisation des informations en mémoire (Anderson et Bower, 1973 ; Collins et Loftus, 1975 ; Collins et Quillians, 1969, 1972 ; Isen *et al.*, 1978). La particularité de la proposition de Bower est de voir les informations reliées entre elles comme des nœuds, dont les principaux ont une valeur émotionnelle. Il propose qu'un événement puisse donc être encodé en fonction de ses composantes émotionnelles : liens avec les acteurs, contextes de l'événement, sensations, etc. Toutefois, le nombre d'émotions descriptibles étant limité, des informations se regroupent sous une même étiquette et d'autres points communs que les émotions elles-mêmes peuvent en émerger. Ainsi, les schémas pourront se créer, de cette façon en associant d'abord les informations ayant en commun de la tristesse, et par la suite, comme une *analyse* mettra en avant que beaucoup de ces informations concernent les femmes, par exemple, un schéma plutôt négatif d'un rapport avec la gente féminine pourra en ressortir.

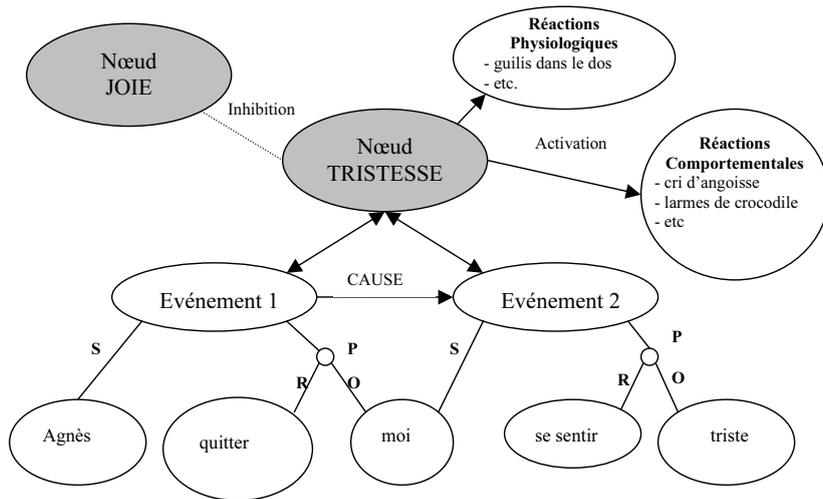


Figure 2.2. Exemple de l'encodage dans un réseau sémantico-émotionnel de l'événement « Agnès me quitte » et de l'émotion que cela a causée

[Dans les cercles, les concepts préexistants, reliés par des nouvelles associations représentées par les lignes avec S = Sujet, P = Prédicat, R = Relation et O = Objet]

À la suite, par généralisation, l'activation d'une information en mémoire pourra donc activer l'ensemble des informations-événements liés au nœud émotion, mais plus encore, on peut penser que les informations qui ont le plus des points communs seront préférentiellement activées. Dans l'exemple de la figure 2.2, me parler d'Agnès me rendra triste, mais activera aussi une impression de perte et de trahison que j'associerai sans peine avec d'autres aventures amoureuses. En plus, seront activées des étiquettes verbales, en pratique des raccourcis langagiers qui deviennent des règles telles que « toutes les mêmes », et des réactions comportementales comme les larmes, la fuite, les évitements...

En plus de la centration du schéma sur un thème, ce modèle explique donc ces phénomènes d'amorçage (*priming*) entre les informations contenues en mémoire souvent illustré dans la littérature. Des *primings* émotionnels qui peuvent avoir un effet très général, en ce sens qu'une humeur dominante chez un sujet va *préparer* ses activités cognitives et comportementales : me sentant bien, je vois le monde de manière optimiste, me sentant mal, je ne pense qu'à des choses tristes, à mes ruptures amoureuses... à tel point que juste en écrivant ces lignes, je risque de tomber dans la dépression. Donc, le simple fait de vivre un événement particulier, chargé émotionnellement, stressant, peut impliquer l'activation d'un certain réseau, qui par le jeu de ruminations conséquentes maintiendra ce réseau activé. La conséquence d'une telle configuration schématique est donc qu'un état émotionnel particulier améliorerait l'accessibilité à l'information en mémoire qui lui est congruente du point de vue émotionnel, mais aussi sur des thèmes particuliers. Bower montrera aussi que l'émotion que ressent un sujet influence les traitements cognitifs lors de la restitution d'une information, mais aussi lors de son encodage. Ces effets ont été nommés respectivement, effet de congruence et effet de dépendance et ne sont pas sans rappeler les suppositions de Bartlett sur les effets des schémas.

Il y a ici activation inconsciente de pensées congruentes au schéma actif dans une situation donnée. C'est là l'un des aspects de la théorie de Bower (1981, 1987) qui permettrait d'ailleurs d'imaginer que les schémas, comme les proposent Beck soient organisés sous forme de réseaux sémantiques à teneur émotionnelle. Pour ce qui est des schémas de soi, Markus (1977) et Rogers (1981) acceptent d'ailleurs cette interprétation comme Horowitz (1994) le fait pour les schémas de personnalité.

### Architecture du dehors

Si les schémas ont une organisation interne, ils sont aussi organisés les uns par rapport aux autres en fonction d'une architecture hiérarchique.

Dans la vision de Beck si des *schémas*, qui sont des structures moléculaires, sont reliés entre eux par le biais d'informations communes, ils forment une *constellation*, structure plus molaire. Plusieurs constellations s'assemblant entre elles forment un *mode*. Un mode représente une manière spécifique de traiter l'information.

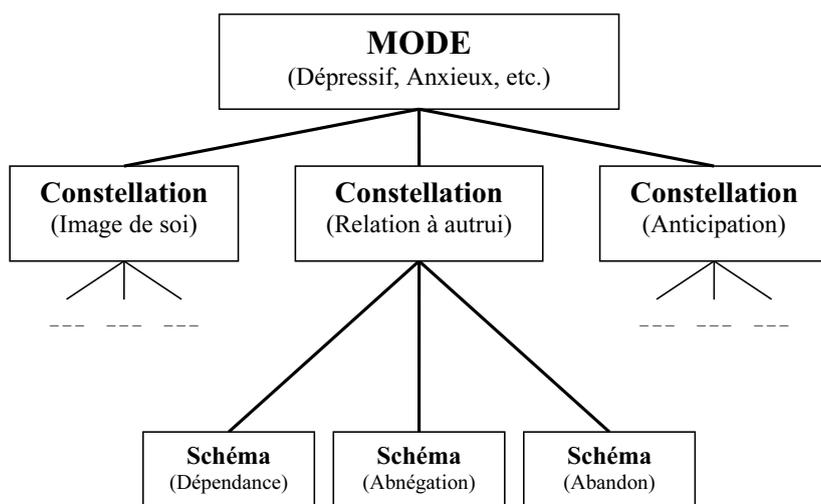


Figure 2.3. Illustration du modèle hiérarchique des troubles de la personnalité de Beck.

Cette théorisation est souvent considérée comme trop abstraite et générale pour être prise en compte et étayée par des données cliniques ou expérimentales. Bouchard et Freeston (1995), dans une large revue de questions théoriques et cliniques concernant les schémas anxieux, relèvent que cette distinction entre schémas, constellations et modes est très mal acceptée et très peu utilisée par l'ensemble des chercheurs. Blackburn et Cottraux (1988) en arrivent aux mêmes conclusions. Modes et schémas sont ainsi très souvent, pourtant à tort, utilisés comme synonymes.

Toutefois nous remarquerons que cette conception hiérarchique n'est pas inintéressante pour plusieurs raisons. D'une part, elle est l'une des sources des dernières avancées conceptuelles de la notion de schémas

telle que celle présentée par Young. D'autre part, elle indique de nombreux rapprochements avec d'autres théories et représentations. Ainsi, nous avons déjà relevé le fait que les schémas en psychologie générale-expérimentale-cognitive peuvent être considérés comme des catégories ou stéréotypes eux-mêmes représentés comme hiérarchiquement organisés. Il s'agit aussi des processus d'enclassement possible des schémas et de leur non-isolement les uns des autres dont il est question dans cette approche. D'aucuns y retrouveront aussi une hiérarchie dont l'un des axes serait la conscience des phénomènes cognitifs... comme d'autres théories ont sous-entendu de tels axes dans l'explication des pathologies.

Si la notion de schémas en psychopathologie cognitive est relativement proche de celle de personnalité, cela se voit aussi dans cette image. Les principaux auteurs fondateurs du courant différentiel en psychologie (Cattell, Eysenck, etc.) proposent la personnalité comme organisée sous forme hiérarchique. De nombreux tests issus de cette approche comme le 16PF (Cattell *et al.*, 1953), le MMPI (Hathaway et McKinley, 1966) conçoivent des structures factorielles par regroupement de traits formant des traits super-ordonnés définis comme les personnalités. Dans cette approche aussi, les développements les plus récents comme ceux de la théorie du *Big-Five* (Costa et McCrae, 1992a et b) ayant donné lieu au D5D (Caprara *et al.*, 1993) ou au Néo-PI-R (Costa et McCrae, 1998) sont basés sur une représentation hiérarchique de la personnalité.

Nous remarquerons que cette notion de structures hiérarchiques révèle aussi l'un des paradoxes que la notion de schéma et ses définitions engendrent : le problème de l'atomisation de l'individu et de ses conduites que nous avons déjà évoqué. En ce sens, Beck propose les schémas comme une possibilité de comprendre l'individu de façon entière, dans sa globalité et son unicité, privilégiant ainsi une approche idiographique de la psychologie clinique. Mais sa théorisation, sa représentation hiérarchique des schémas les placent clairement dans des études atomistes et nomothétiques. Et ceci n'est pas une réflexion stérile sans implications car selon l'approche privilégiée, les instruments et méthodes d'évaluation et de thérapie ne sauront être les mêmes. Par essence, les questionnaires sont de l'approche nomothétique, les entretiens non structurés de l'approche idiographique, comme les approches humaniste ou psychanalytique sont idiographiques et les approches cognitives, comportementales et différentielles sont nomothétiques. Les choix pratiques/cliniques peuvent donc dépendre de l'acceptation de telles représentations, mais

il est aussi sujet d'opposition fondamentale entre certaines conceptions et de rapprochement possible pour d'autres, rien qu'en considération de cette question.

*Par où ça vient, comment ça vient*

La plupart des auteurs en psychopathologie cognitive s'accordent sur le fait que beaucoup de troubles (anxieux, dépressifs, troubles de la personnalité, troubles de l'adaptation, etc.), dans une explication très générale, ont des origines à la fois phylogénétique et ontogénétique. Le côté phylogénétique serait lié à l'adaptation comme ont pu le développer Lazarus (1966, 1991), Plutchik (1977, 1993) ou encore Beck (Beck et Emery, 1985 ; Beck et Freeman, 1990) en ce qui concerne les schémas. Qu'un programme soit réellement inscrit dans nos gènes, ou qu'il n'apparaisse que par une configuration spécifique des contingences de l'environnement, il n'en est pas moins qu'une explication en termes d'adaptation est toujours possible. On notera que souvent la base de ce type d'explication et un arrangement des explications émotionnelles telles que Plutchik a pu en donner dans son modèle lorsqu'il parle de fonction des émotions (la joie permet la reproduction, la peur permet d'éviter le danger, etc.) ; fonction et émotion qui peuvent perdre leur caractère adaptatif dans certaines conditions encore assez mal définies, si ce n'est par le fait qu'elles ne sont plus adaptées.

Au niveau ontogénétique, dans le modèle de Beck ou celui de Leventhal, les schémas semblent évoluer depuis l'enfance, à chaque confrontation avec l'environnement. Intégrations après intégrations, ils se construisent, jusqu'à devenir la caractéristique même de la personnalité d'un individu. Graf *et al.* (1984) parlent d'un processus d'élaboration qui crée des jonctions nouvelles entre les stimuli traités et les schémas préexistants.

Wells et Matthews (1994) ont proposé un modèle très simplifié de l'évolution d'un schéma, qui postule qu'un premier événement élabore le schéma anxieux et qu'un second l'active. Donc, nous pourrions tous, de cette façon posséder des schémas latents, qui ne demandent qu'à être activés. Cette position assez courante, n'en est pas moins assez peu explicative du phénomène.

Des études (Quay *et al.*, 1987 ; Ward *et al.*, 1987 ; Rusinek et Hautekète, 2000) ont d'ailleurs montré qu'il existe des « patterns cognitifs » dysfonctionnels chez l'enfant qui peuvent être rapprochés des schémas pathologiques de l'adulte. Mais l'origine des schémas n'est pas réellement explicitée par ces conceptions.

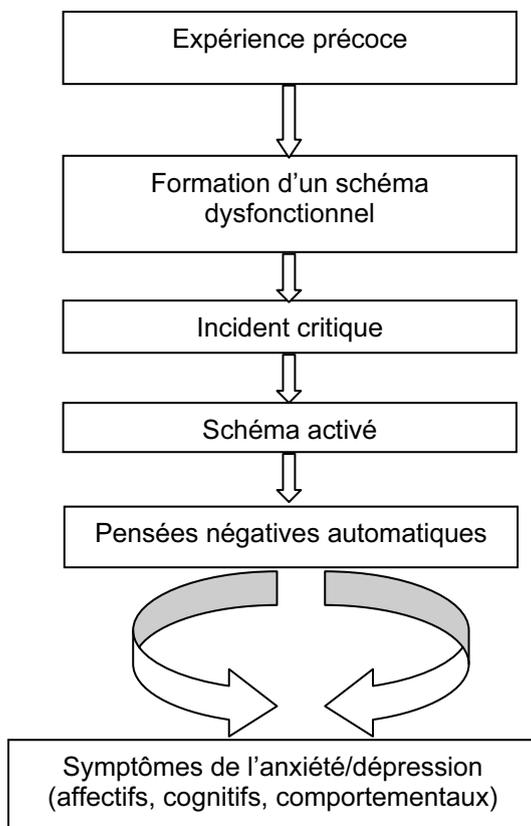


Figure 2.4. *Élaboration et activation d'un schéma anxieux (d'après Wells et Matthews, 1994).*

Alors, se pose la question des processus primaires construisant les schémas, ces processus qui feront qu'un schéma anxieux, par exemple, se développera plus préférentiellement qu'un autre, chez un individu (voir figure 2.4). À ce propos, Beck affirme que le schéma de la dépression peut se construire à partir d'une perte parentale précoce (Beck, 1983) ou par imitation d'un parent possédant lui-même ce schéma de la dépression (Kovacs et Beck, 1978).

Se pose aussi le problème de l'intégration d'un événement particulier dans ces schémas en cours d'élaboration. Un événement qui pourra être la cause d'une ligne d'évolution pour le schéma... un schéma lié à l'anxiété pour continuer sur notre exemple.

D'une réflexion sur le corpus théorique concernant les schémas et l'anxiété, il est simple d'imaginer un modèle délibérément simplifié, permettant de présenter de manière schématique et synthétique une explication possible du mode de structuration des schémas durant l'enfance. Avec toutefois la question rarement modélisée du développement non pathologique considérée en toile de fond.

L'idée maîtresse repose sur l'influence de certains événements sur le développement des schémas liés à l'anxiété. Ces événements ne sont pas qualifiables en eux-mêmes, ils peuvent faire partie de classes ou catégories innombrables. Ce qui semble important dans un premier temps, c'est que l'un de ces événements provoque une situation problème qu'il faut résoudre : une première anxiété, une émotion inhabituelle qui doit trouver sa solution. Nous reprenons donc l'idée d'une recherche de plan d'action pour résoudre les premières anxiétés ; résolution qui tiendra essentiellement en la réduction de la sensation désagréable liée à cette émotion. Cette recherche, lorsqu'elle n'aboutit pas, va entraîner l'acquisition de processus de sélection spécifiques aux sujets anxieux et la modification de l'organisation des informations en mémoire. Cette modification allant dans le sens de la création de schémas spécifiques. Cette première conception est modélisable comme le montre la figure 2.5.

À la suite des premières structurations des schémas, l'enfant deviendra plus ou moins anxieux, selon des caractéristiques intrinsèques que nous ne pouvons définir, mais aussi selon les demandes que son environnement lui présentera, selon les modèles que son environnement lui fournira.

Pour tout enfant, mais en particulier pour les enfants les plus anxieux, il sera nécessaire d'extraire de chaque événement les aspects les plus négatifs pour réagir au danger potentiel. Car pour l'enfant anxieux, comme pour l'adulte anxieux, tout événement est une source potentielle de menace qu'il faut déterminer pour y réagir.

L'un des processus de réaction adaptée à l'évitement du danger sera la rumination liée aux inquiétudes. D'une part, elle permet d'être certain que toute situation a été parfaitement analysée, d'autre part elle renforce la trace mnésique des informations relatives à la menace, les rend ainsi plus disponibles pour les événements à venir. Mais la rumination d'un événement implique aussi que d'autres événements reviennent dans le champ de conscience par contagion d'activation, et parce qu'il faut des référents pour porter un jugement. Les autres événements revenus dans le champ de conscience seront réinterprétés en fonction de leurs caractéristiques anxiogènes, et donc encodés une nouvelle fois. C'est

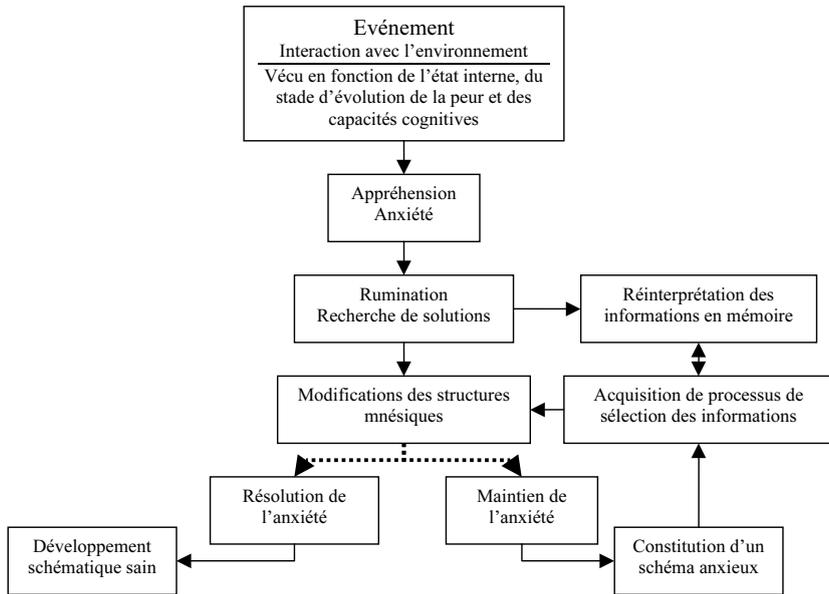


Figure 2.5. Proposition de la création des prémices des schémas anxieux (Rusinek, 2003b).

ainsi que seront extraites des composantes négatives et anxiogènes d'événements antérieurs à l'apparition d'une influence de l'anxiété.

Puis, l'enfant s'habitue à réagir en fonction des processus anxieux acquis. Un quelconque fait est alors susceptible d'entrer dans la constitution des structures anxieuses, par un cercle vicieux pouvant mener jusqu'à la pathologie (figure 2.6).

Par la suite, l'anxiété elle-même guiderait l'acquisition de processus tant cognitifs que comportementaux. Cette émotion, « désagréable », serait à éviter, d'où le déni, l'évitement, l'utilisation d'objets contraphobiques. Mais ces processus d'évitement de l'anxiété ne font que renforcer son action, comme la plupart des études cliniques peuvent le montrer, car s'efforcer d'éviter l'anxiété c'est la craindre de plus en plus.

Les processus accentueraient la formation des schémas anxieux, qui eux-mêmes modifieraient les processus pour qu'ils soient plus actifs, car le désir d'éviter l'anxiété augmente. Les différentes voies d'évolution des structures mnésiques anxieuses seraient elles aussi dépendantes des demandes de l'environnement et des qualités intrinsèques des individus.

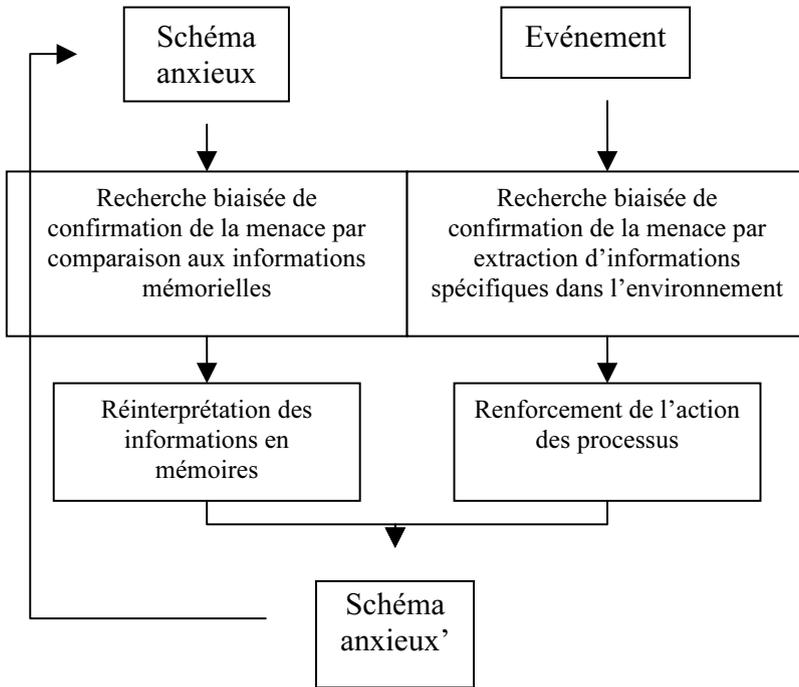


Figure 2.6. Intégration d'un événement de vie dans la structuration mnésique de l'anxiété (Rusinek, 2003b).

Mais comme le laisse supposer nos études du développement des schémas anxieux ou non anxieux (Rusinek et Hautekète, 2000 ; Rusinek, 1999, 2003a), à l'origine, l'apparition, la construction, la structuration de tels schémas — parce que tout enfant doit à un moment ou un autre se confronter à certaines réalités — seraient des processus normaux et communs. Par la suite, chaque enfant devrait apprendre à contrecarrer ce développement insuffisant dans une adaptation à long terme. Des stratégies différentes seraient alors acquises, d'autres apprentissages seraient faits, et l'enfant verrait diminuer l'influence des schémas anxieux au fur et à mesure que d'autres schémas se développent.

Ce qui serait ainsi valable dans cet exemple lié à l'anxiété, le serait aussi pour l'ensemble des schémas quel que soit le trouble qu'ils puissent favoriser.

Cette idée de voir d'autres schémas se développer, surtout des schémas adaptés, n'existe pas dans la littérature du domaine, principalement

parce que la psychopathologie clinique ne cherche pas à expliquer le normal et que la psychologie générale-expérimentale-cognitive ne se soucie guère des questions cliniques. Cependant, il est logique de penser que si la théorie des schémas prétend expliquer le pathologique, il est nécessaire que sur les mêmes bases elle explique aussi le non-pathologique. Ce dernier aspect peut avoir une influence importante dans une pratique clinique, et nous y reviendrons.

L'évolution des schémas se ferait donc par l'acquisition de processus et par l'organisation des structures mnésiques. Actuellement, c'est sur cette organisation des structures mnésiques, de leur contenu informationnel issu des événements de vie, que la théorie des schémas est la moins explicite. Il y a toutefois des efforts de la part des théoriciens pour chercher une explication de cette structuration des schémas. C'est dans l'un de ces efforts d'éclaircissement de leur genèse que l'on peut retrouver l'origine de la position théorique la plus récente — et sans doute la plus à la mode — sur les schémas.

### **Modèle de Young : les schémas précoces inadaptés**

Young (1990/1999, 1991 ; Young et Klasko, 1991 ; Young *et al.*, 2005) fait l'hypothèse que les premiers schémas, qu'il nomme schémas précoces, se constituent très tôt dans l'enfance par interaction avec l'environnement, et les personnes évoluant dans cet environnement. Dans cette interaction, il conçoit que des facteurs génétiques aient un rôle important. Ces schémas précoces sont nécessaires au développement de l'enfant. Comme Freedy *et al.* (1994) le supposent, essentiellement par interaction avec ses parents, l'enfant acquerrait en premier lieu des ressources pour affronter les situations qu'il aura à affronter. Young admet que les premiers schémas développés par l'enfant peuvent servir à *survivre* au monde dans de bonnes conditions. Seulement, l'auteur affirme aussi que les interactions avec les figures protectrices ou le vécu de certains événements peuvent mener l'enfant à développer précocement des schémas inadaptés. Il est même supposé que l'activation d'un schéma à l'âge adulte peut n'être que le fruit de la reconstitution d'un drame familial (Young et Klosko, 1993 ; McGinn et Young, 1996 ; Young et Flanagan, 1998 ; Parker *et al.*, 2000).

Cette idée de développement précoce de schémas existait chez d'autres auteurs comme Guidano et Liotti (1983) ou Safran et Segal (1990) avec, comme intentions cliniques, des liens possibles entre le présent et le passé, par leur intermédiaire. Il sera possible de reconnaître ici des idées issues de la psychanalyse en général. Young ne s'en défend

aucunement et propose bien des parallèles entre les théories admettant par exemple que les processus de maintien des schémas précoces sont à comprendre comme les mécanismes de défense de la conception analytique que l'on retrouvera par exemple chez Parisien et Morisette (1997) et même chez Alford et Beck (1997).

Comme tous, ces schémas inadaptés connaissent des processus d'auto-renforcement, reposant essentiellement sur des comportements répétés d'échec, médiatisés par le traitement préférentiel des informations congruentes.

Il est donc supposé que de nombreux facteurs peuvent contribuer à la formation d'un schéma durant l'enfance. Young et Klosko (1993) développent en partie l'idée de l'influence d'un tempérament inné, de traits de caractère qui s'expriment sur différents axes : Timidité-Extraversion ; Passivité-Dynamisme ; Restriction-Intensité émotionnelle ; Appréhension-Intrépidité ; Sensibilité-Invulnérabilité. Lorsque l'on sait que le caractère est défini comme l'ensemble des habitudes, des sentiments et idéaux qui rendent les réactions d'un individu relativement stables et prédictives (*Grand Dictionnaire de la psychologie*, 1991) ; qu'il est un concept du langage courant, apparaissant comme un aspect important de la personnalité, et même la résume pour certains philosophes... Si l'on tient compte du fait que « tempérament » est un terme scientifiquement plus utilisé aux États-Unis dans le sens du mot « caractère » suivant la définition d'Hippocrate comme un ensemble de réponses physiques et physiologiques stables que l'on peut associer à un certain type de personnalité..., alors il est déjà possible de se rendre compte que la confusion, introduite par les termes et concepts qu'utilisent les auteurs du domaine, est assez importante.

Les schémas décrits par Young et dont on pourra trouver des définitions approximatives dans le tableau 2.2 (certaines parmi tant d'autres), se créent donc de manière précoce et sont comme tout schéma, des filtres, des interfaces entre l'individu et son environnement. Les schémas sont associés à des styles de *coping*, mais cette association peut varier d'un individu à l'autre. Il sera parfois question d'adaptation, de composition avec les schémas pour éviter de ressentir la souffrance qui leur est liée en utilisant de manière inconsciente des stratégies telles que la capitulation, l'évitement ou la contre-attaque... lourdes de conséquences.

Ils permettent à l'enfant de se protéger en le guidant dans le développement d'aptitudes en lien avec des besoins fondamentaux : autonomie, sécurité de base, relations interpersonnelles, estime de soi, expression

de soi et apprentissage de limites réalistes. Il est supposé que ce sont les carences dans ces domaines, ou les mauvais apprentissages en lien avec ces domaines qui plus tard pourraient avoir des conséquences allant jusqu'à la pathologie. Mais il est aussi supposé que ces schémas, très utiles chez les enfants, le sont beaucoup moins chez les adultes qui peuvent développer d'autres aptitudes ou stratégies. Mais, jusqu'à l'âge adulte, les schémas précoces, s'ils ont été inadaptés ou mal adaptés selon la terminologie de Young, peuvent engendrer des structures supérieures responsables de pathologies telles que l'anxiété, la dépression ou les troubles de la personnalité.

Il est toutefois clair dans la théorie que le médiateur privilégié de l'expression de ces schémas reste la personnalité. Les schémas précoces sont considérés, dans leur devenir, comme les composants de base de la personnalité de l'adulte. Le problème étant qu'ils continuent de s'exprimer par cette personnalité alors même qu'ils n'ont plus d'utilité.

Young et Klosko (1993) proposent aussi une séquence possible pour ce qui est de la structuration et de l'action de ces schémas :

- Les schémas précoces sont initiés et se construisent durant l'enfance en fonction du vécu plus ou moins traumatisant d'événement. À savoir que plus l'événement est traumatisant, plus le schéma peut se constituer vite, et plus son ancrage en mémoire est important ;
- Les schémas précoces mal adaptés peuvent rester latents, ne pas s'exprimer durant l'adolescence et une partie de l'âge adulte, car ils ne sont pas des réponses possibles à des événements de vie, pourtant une partie de la personnalité pourrait se construire autour d'eux ;
- Une situation de l'âge adulte, un événement particulier, proches d'une façon ou d'une autre des circonstances initiatrices du schéma durant l'enfance, vont le réactiver. Les schémas les plus prégnants seront les moins sensibles aux réévaluations de l'adulte, à son raisonnement logique ;
- L'activation et l'utilisation de schémas qui n'ont plus leur utilité vont entraîner le développement d'inadaptation et l'apparition de troubles.

Young et Klosko (1993) donnent à ce propos l'exemple d'Henriette qui était une enfant couvée, que ses parents mettaient toujours en garde contre les dangers de son environnement. Ils supposent qu'Henriette a appris à se sentir vulnérable et a perdu de son autonomie (Vulnérabilité et Autonomie étant deux axes schématiques de la théorie). Par la suite, dans des circonstances de réactivation, Henriette a réutilisé les schémas associés à ces apprentissages d'enfant pour les utiliser de manière inadaptée et a doucement développé une phobie sociale.

Il sera bon de remarquer que la théorie, jusqu'à ce niveau tout du moins présente l'avantage/désavantage d'être explicative *a posteriori* de presque tout ce qu'un adulte pourrait développer comme troubles.

Toutefois, cette position est tout à fait conforme à celle développée par Beck et ne semble être, en fait, qu'un aménagement clinique qui tend à une explication de la formation des schémas. Young était d'ailleurs un élève de Beck et ils travaillèrent ensemble sur la dépression (Young *et al.*, 1993). Mais, Schmidt *et al.* (1995) précisent qu'il existe tout de même des différences, bien que minimes, entre les deux conceptions. Pour Beck l'expression des schémas serait plus conditionnelle (*i.e.* « Si je suis gentil avec tout le monde je serai aimé »), alors que Young verrait les schémas comme plus inconditionnels (*i.e.* « Je ne peux pas être aimé ») donc toujours actifs en mémoire. De même, Young insiste sur le fait que dans sa théorie, les schémas existent à un niveau moins basique que dans celle de son mentor et sont donc plus facilement étudiables pour eux-mêmes, plutôt que pour leur expression au travers de modes de personnalités ou les biais de jugement des situations de la vie. Toutefois, les schémas proposés par Young restent des schémas c'est-à-dire qu'il les conçoit avec les caractéristiques précédemment développées. L'auteur saura cependant apporter à la théorie des schémas l'idée de développement qui lui manque habituellement. Il supposera par exemple que plus les schémas se forment tôt durant l'enfance, plus leur influence est importante, plus ils sont rigides par la suite. Il introduira aussi la notion de schémas culturo-dépendants, c'est-à-dire sensibles à l'acculturation de chacun qui peut, elle-même, être source d'erreur d'interprétation et de biais d'attribution dans des environnements culturels non assimilés.

Tableau 2.2. Définitions approximatives des schémas issus de la théorie de Young (selon Cousineau, 2005).

Classe schématique	Schémas	Définitions
Schémas de base, inconditionnels	Abandon et Instabilité	Manque de présence et d'investissement physique et psychologique des parents qui ont fait preuve de comportements instables comme l'alcoolisme, les conflits... Schéma marqué parfois par des pertes réelles comme des décès.
	Méfiance et Abus	Les autres sont vus comme abuseurs, susceptibles de blesser, tromper, mentir, manipuler. Avec une perception du tort comme intentionnel ou résultant d'une négligence extrême.
	Carence affective	Manque d'affection, de chaleur, d'attention. Manque d'empathie, de chaleur et d'écoute. Manque de protection et de guidance.
	Imperfection	Impression d'être inférieur, mauvais, indésirable, honteux, de ne pouvoir être aimé. Haute sensibilité à la critique et au rejet.
	Punition (en victime)	Sentiment d'impuissance et de peur face à ceux qui ont le pouvoir moral et physique, mais aussi auto-dénigrement.
	Exclusion	Isolement des autres, sentiment de différence, d'aliénation.
	Échec	Sentiment d'échouer depuis toujours dans toutes activités, d'être plus mauvais que les autres, stupide, ignorant...
	Dépendance	Sentiment d'impuissance et de besoin excessif de l'aide des autres.
	Vulnérabilité	Sentiment de l'éminence de catastrophe que l'on ne peut prévenir (maladie, accident, agression, tsunami...).
	Fusion/ soi atrophié	Individualisation niée par une proximité (émotionnelle, physique) excessive vis-à-vis d'un autre sans lequel on ne peut survivre.
	Tout m'est dû	Sentiment qu'il est normal de faire ou avoir ce que l'on veut quoi qu'il en coûte aux autres. Absence d'empathie et tendance à affirmer son pouvoir et son point de vue.
Discipline personnelle et Maîtrise de soi insuffisante	Manque de tolérance à la frustration, refus des devoirs et des responsabilités, difficultés à contenir l'impulsivité émotionnelle.	

Tableau 2.2. (suite)

<b>Schémas stratégiques, conditionnels</b>	Assujettissement	Renoncement au contrôle de son comportement, à l'expression de ses émotions et à la prise de décisions afin d'éviter la colère, les punitions et l'abandon.
	Sacrifice de soi	Sensibilité aux besoins des autres à combler au détriment des siens afin d'éviter la culpabilité de l'égoïsme ou l'impression d'être mauvais.
	Recherche d'approbation	Besoin excessif d'obtenir la reconnaissance, l'attention au détriment de l'autonomie. Estime de soi dépendante du regard des autres.
	Inhibition émotionnelle	Inhibition des sentiments et de leurs actions spontanées afin d'éviter les erreurs qu'ils pourraient engendrer.
	Exigences élevées	Besoin de satisfaire à des critères personnels très élevés afin d'éviter toute critique. Difficultés dans les relations avec les autres, dans la prise de plaisir et de détente, mais pas dans la critique de soi et des autres. Perfectionnisme et règles rigides.
	Négativisme/pessimisme	Attente résignée et exagérée de l'écroulement des choses autour de soi. Peur de faire des erreurs qui conduisent à des catastrophes, afin de prévenir des risques en restant vigilant et parfois ritualisant.

## Chapitre 3

---

# FONDEMENTS PRATIQUES

(donc moins rébarbatifs)

AU niveau clinique, si la restructuration cognitive peut effectivement avoir un effet de modification des schémas, elle ne leur est pas habituellement directement dédiée. L'idée, par l'utilisation de technique telle que le questionnement socratique, est d'atteindre ce qu'il est possible de considérer comme une *cognition de surface*, c'est-à-dire une règle, une habitude de pensée, que l'on proposera de changer. Toutefois, deux reproches sont souvent formulés à la restructuration.

D'une part, elle peut prendre beaucoup de temps, car elle laisse le patient découvrir par lui-même ses erreurs d'attribution et d'interprétation, et chaque patient connaît son propre rythme de progression. Le patient a aussi bien souvent la charge de trouver lui-même les alternatives de raisonnement qui le mèneront à sa propre guérison. Si les TCC ne sont pas obligatoirement des thérapies brèves ne nécessitant que quatre ou cinq séances pour soigner n'importe quel cas, elles ne sont pas non plus des thérapies longues enrichissant plus le thérapeute que le patient.

D'autre part, des difficultés de compréhension et plus encore d'acceptation sont mises en avant chez le patient. Sans être une technique élitiste, la restructuration cognitive classique n'est pas accessible à tous : il faut *savoir* et *vouloir* raisonner pour qu'elle soit efficace. Les enfants, par exemple, ont souvent du mal avec la restructuration qui s'encombre alors de métaphores pour atteindre son but. Une fatigue

intellectuelle comme celle que connaissent nombre de candidats des émissions de télé-réalité qu'ils soient stars ou non, tout comme un ralentissement cognitif chez le dépressif, entravent aussi, bien souvent, la progression de cette intervention thérapeutique. Sans même que les *capacités* de compréhension soient en jeu, il existe des patients qui ne peuvent accepter les remises en cause, et il ne s'agit pas que de politiciens. Il est également possible de croire que les règles à changer sont elles-mêmes la source d'opposition, et qu'elles seront d'autant plus actives en ce sens qu'elles seront mises en exergue par la restructuration. Ainsi, un exemple extrême voudrait qu'un individu souffrant de sa personnalité paranoïaque s'exprimant sur le mode de la persécution utilise des règles du type : « Tout le monde essaie de m'imposer ses idées » ; « Il faut que je me méfie de manipulateurs mentaux » ; « Les pysy sont tous à la solde du KGB. » Un exercice de restructuration ne ferait sans doute ici que renforcer de telles croyances et mettre la vie du psychothérapeute en danger.

Si ce dernier cas est tout de même difficilement soignable par une technique cognitive quelle qu'elle soit, il n'en est pas moins possible d'imaginer de répondre à ces deux critiques faites à la restructuration par l'utilisation de certains outils. Un principe intéressant est d'utiliser directement le concept de schémas pour atteindre les schémas. Ainsi, on peut les mesurer et, plutôt que de laisser le patient les découvrir peu à peu, lui forcer la main en lui disant ceux qu'il possède. Il est aussi possible de tenter d'imposer l'acceptation en montrant au patient comment les schémas agissent sur sa pensée. La restructuration en sera plus rapide et moins remise en cause, même si cela n'est pas synonyme d'une acceptation totale et sans difficultés.

Les principes d'action de telles pratiques sont toujours celle de la restructuration cognitive :

- faire émerger les règles dysfonctionnelles ;
- faire imaginer des alternatives ;
- favoriser l'utilisation de ces alternatives.

Mais pour ce faire, il est alors possible de s'appuyer sur l'ensemble de notions développées avec celles des schémas et de penser aussi à une séquence du type :

- identifier/mesurer les schémas pathogènes et les règles associées ;
- montrer leur influence sur les interprétations ;
- faire imaginer des alternatives et montrer leur efficacité pour en favoriser l'utilisation.

Dans cette optique, il est possible d'imaginer de nombreux exercices thérapeutiques, en fonction de la pathologie mais aussi des caractéristiques intrinsèques du patient. Il faudra toutefois, toujours garder à l'esprit que le patient ne peut accepter les changements que s'il en reste l'opérateur pour la plus grande part. Le rôle du thérapeute, comme lors d'un questionnement socratique est essentiellement celui d'un *guide*, un guide qui force juste un peu la main.

Ce serait ici, de manière succincte, un résumé des principes de la thérapie orientée schémas, telle que nous la proposons, qui s'appuie sur l'ensemble des principes des TCC et sur les possibilités pratiques offertes par la notion de schémas.

Parmi les principes TCC fondamentaux, il existe la nécessité d'une analyse fonctionnelle poussée avant l'intervention et aussi l'établissement d'un contrat thérapeutique par lequel le soignant comme le soigné s'engagent sur une voie en étant pleinement conscients de leur choix et de leurs motivations. Pour respecter ce dernier principe, il est primordial que le patient connaisse et comprenne les tenants et aboutissants des techniques utilisées. Aussi, pour une thérapie orientée schéma, il faut prévoir, si ce n'est d'emblée, au plus après une étape de mise en évidence des règles cognitives et de leurs influences, d'informer le patient sur la notion de schéma et sur la théorie sous-jacente. De manière générale, des exemples comme l'influence des schémas culturels dans les expériences de Bartlett et la construction/utilisation de schéma *a priori* dans la compréhension d'un texte comme celui de Louise et Valentine, permettent d'exposer clairement la théorie des schémas ; et c'est ce que nous utilisons presque toujours. Il existe bien entendu des adaptations de ces exemples en utilisant des dessins pour les enfants ou d'autres situations améliorant la compréhension.

En plus de cette information, pour la restructuration cognitive par les thérapies orientées schémas (TOS) il est donc aussi nécessaire de cibler efficacement et rapidement les structures cognitives mises en cause.

## REPÉRAGE ET MESURE DES SCHÉMAS

### Principes et questionnaires pour les grands

Même si ce n'était pas une idée neuve en clinique, Kelly (1955) dans sa théorie des « constructs personnels », prémices de la psychopathologie cognitive, propose que l'on puisse repérer des structurations mnésiques spécifiques et leurs règles d'arrangement dans le discours

des patients. Ainsi certains penseraient : « Je ne peux pas me fier aux autres... » et l'ensemble de leurs actions serait tourné vers cette idée. Des règles d'auto-confirmation seraient associées à cette pensée générale telle que : « Si je n'ai pas encore de preuve de la sournoiserie de quelqu'un, c'est qu'il est encore plus sournois que ce que j'imagine... peut être même que c'est un psy » ou encore : « J'avais raison de me méfier, d'ailleurs j'ai toujours raison... », mises en route en fonction de la confirmation des pensées principales par les faits. Deux idées quasiment indissociables sont sous-tendues par cette conception :

- il existe un observable, en l'occurrence dans le discours et les actions des patients, qui permet d'atteindre des structures cognitives profondes ;
- les personnalités, parce qu'elles s'expriment par des actions et discours spécifiques et observables, sont des bases idéales de description et de réflexion sur les structures profondes.

Ces deux idées ont été reprises par quasiment l'ensemble des auteurs postulant de telles structures cognitives profondes, ce qui a mené bien souvent à des confusions entre la personnalité et les autres concepts proposés.

D'ailleurs, si Beck se doit, pour étayer sa théorie, de décrire des schémas, de les définir, et surtout de permettre de vérifier leur présence ou leur action chez un individu ; si pour ce faire il construit divers outils ; il propose dans l'ensemble plutôt des questionnaires d'évaluation de la personnalité, plutôt que des questionnaires d'évaluation de ces structures nommées schémas. Les raisons à cela sont nombreuses : les schémas sont inconscients, alors comment les atteindre par une épreuve papier crayon ? l'expression des schémas dans la sphère observable se fait sur la structure du discours, comme celle de la personnalité ; les schémas décrits filtrent l'information et guident le comportement comme la personnalité, etc. À ce propos, les deux problèmes fondamentaux tiennent pour l'un aux définitions mêmes de ces concepts qui sont si proches, et pour l'autre aux manques d'efficacité des techniques de vivisection qui ne permettent pas encore d'isoler des structures neuronales contenant une personnalité ou des schémas. Ne pouvant compter sur la résolution de l'un de ces problèmes, il faut s'attendre à ce que cette confusion perdure... Ou, accepter peut-être que les schémas ne soient que quelque chose en lien avec la personnalité et de ce cas, les outils de mesures pulluleront.

Acceptons donc qu'il soit logique que les personnalités décrites et les outils d'évaluation qui leur sont associés soient si proches des

expressions schématiques. Beck a d'ailleurs construit son modèle de personnalité sur la base des schémas. On y retrouve des pensées dysfonctionnelles, des événements cognitifs, une structure hiérarchique et factorielle, etc.

Pour décrire les personnalités en fonction de ce modèle, différentes étapes sont nécessaires et il faut prendre en compte les différents niveaux d'expressions de la personnalité. À chaque personnalité va correspondre un schéma et le schéma sera descriptible en fonction d'un thème sémantique général qui entraîne son organisation, mais aussi le sens du traitement de l'information qui lui est sous-jacent, ainsi que les actions qui vont découler du traitement. Il s'agit ici de stratégies comportementales évolutives, c'est-à-dire, dans l'esprit de la théorie, des patterns de comportements issus de l'évolution phylogénétique, et qui ont normalement pour rôle la protection de l'individu dans l'environnement. En retenant comme d'habitude, que la stratégie peut être adaptée aux situations, comme elle peut ne pas l'être et donc entraîner des troubles. Nous noterons également que ces stratégies sont essentiellement tournées vers les relations interpersonnelles, puisque ce sont ces relations qui déterminent la personnalité et l'adaptation à l'environnement chez l'homme qui est avant tout un animal social qui s'épanouit dans la société.

Beck et Freeman (1990), qui sont à l'aboutissement de ces descriptions, se sont en partie inspirés des personnalités décrites sur l'axe 2 dans le DSM-III-R (APA, 1987) pour décrire les leurs, ce qui est somme toute une bonne idée. La principale différence est que Beck et Freeman (1990) s'appliquent à décrire les processus de maintien de la personnalité et les règles cognitives qui y sont liées, alors que le DSM-III-R (APA, 1987), a-théorique, s'évertue à ne décrire que la catégorie de comportements observables pour chaque personnalité à problème. Les personnalités décrites par Beck sont : paranoïaque, schizoïde, antisociale, histrionique, narcissique, évitante, dépendante, obsessive-compulsive. On notera que par rapport au DSM (APA, 1987, 1994), il manque les personnalités schizotypique et borderline. Ceci est dû au point de vue théorique et aux critères de description-validation employés par Beck et Freeman (1990). La personnalité borderline, par rapport aux schémas, ne serait que le reflet de plusieurs personnalités influençant de manière mutuelle et simultanée un individu, l'individu pouvant exprimer l'une ou l'autre à différents moments, de manière plus ou moins évidente. Les schémas, règles, croyances et attitudes qui composent la personnalité borderline (comme elle est décrite dans le DSM-III-R) sont communs à plusieurs autres personnalités, donc

le critère de discrimination ne peut être atteint. Pour ce qui est de la personnalité schizotypique, c'est encore une définition des schémas qui l'exclut des descriptions. Beck et Freeman ne savent pas quels seraient les schémas particuliers à cette personnalité, ni quelles sont les croyances sous-jacentes. Pour eux, la personnalité schizotypique du DSM-III-R n'est que le reflet d'idées incongrues et bizarres, mais n'a pas la structure d'une personnalité telle qu'ils l'entendent. Encore une fois, personnalités et schémas sont étroitement liés et la frontière définitionnelle, conceptuelle, peut paraître bien floue. Chaque personnalité sera d'ailleurs décrite en fonction d'un thème schématique d'organisation des informations, de la stratégie générale de défense utilisée, des stratégies spécifiques (exacerbées ou diminuées), les croyances (dites inconditionnelles et conditionnelles, ou fondamentales car immuables et de bases car expliquant la trame du traitement de l'information), les croyances d'auto-injonction qui guident l'appréhension des situations, les affects les plus courants et les pensées automatiques qui seront l'expression du schéma que le clinicien doit rechercher dans le discours du patient. Il s'agit ici de l'ensemble de ce qui peut caractériser un schéma, ou peut être plus précisément de ce qui pourrait caractériser un mode dont le fonctionnement serait traduit par l'expression d'une personnalité (voir tableau 3.1). Mais pour cette dernière idée, il faudrait que plusieurs thèmes schématiques soient liés à une même personnalité, et ce n'est pas le cas.

L'idée à en extraire sera tout de même, que les schémas seront observables comme on observe la personnalité, par entretien structuré. Le tout est surtout d'avoir une définition des schémas assez précise pour permettre une telle observation.

En attendant dans le domaine des schémas tels que Beck les définit, on comptera la *Dysfunctional Attitude Scale* (Weissman et Beck, 1978) qui évalue les biais de traitement chez les sujets dépressifs, donc qui permet, en accord avec l'ensemble de la théorie, une évaluation des productions schématiques extérieures (Bouvard *et al.*, 1994 pour la version française). Les items de cette échelle sont très clairement orientés en ce sens, comme par exemple : « Si je ne fais pas aussi bien que les autres, cela signifie que je suis un être humain inférieur » ou : « Si les autres ne vous aiment pas, vous ne pouvez être heureux. » On y compte des schémas repérables du type : Approbation, Amour, Réussite, Perfectionnisme, Exigence, Omnipotence et Autonomie. Schémas qui seront à reconnaître dans d'autres échelles faisant suite.

Cottraux et Blackburn (1995) nous présentent aussi l'échelle sociotropie-autonomie de Beck *et al.* (1983 ; traduction de Bouvard

Tableau 3.1. Trois exemples de description de personnalité en fonction du modèle de Beck et Freeman (1990).

Personnalité		Paranoïaque	Histrionique	Obsessive-compulsive
Thème schématique		« Les gens sont des adversaires, jusqu'à preuve du contraire. »	« Il faut que je fasse impression sur les autres. »	« Les erreurs sont catastrophiques. »
Stratégie générale de défense		Être sur ses gardes	Théâtralisme	Perfectionnisme
Stratégies spécifiques	Exacerbées	Vigilance, Méfiance, Soupçons	Exhibition, Expressivité, Impulsivité	Contrôle, Responsabilité
	Diminuées	Sérénité, Confiance, Acceptation	Contrôle, Organisation	Frivolité, Spontanéité, Ludisme, Chaleur
Croyances	Inconditionnelles	« Je suis vulnérable », « On ne peut pas faire confiance aux autres », « Il faut se méfier. »	« Je ne peux pas vivre seul », « Je ne peux pas m'en sortir seul », « Je sais charmer les autres pour qu'ils m'aiment. »	« Je suis responsable des autres et de moi-même », « Les autres ne font pas attention comme je le fais, on ne peut pas compter sur eux. ».
	Conditionnelles	« Si je ne me méfie pas les autres vont m'exploiter ou me faire du mal », « Si les gens sont gentils c'est qu'ils essaient de me duper. »	« Si je ne me fais pas remarquer je ne serais pas aimé », « Si j'amuse et si j'éblouis les autres, j'aurais ce que je veux d'eux. »	« Si je ne réussis pas à 100 % c'est un échec », « Si je ne fais pas les choses moi-même ce sera le chaos », « Les autres ne tiennent pas leurs promesses, ne sont pas consciencieux. ».
Croyances d'auto-injonction		« Ne fais confiance à personne », « Cherche ce en quoi les autres te veulent du mal. »	« Fais-toi remarquer », « Cherche à plaire », « Sors de l'ordinaire. »	« Prévois les moindres détails », « Sois toujours au plus haut niveau de performance. »
Affects courants		Colère, Anxiété	Ennui, Déprime, Gaîté	Anxiété, Déprime, Culpabilité
Pensées automatiques		« Les gens essaient de m'humilier », « Ma femme ne m'aime pas, elle n'en veut qu'à mon argent », « Mes patients psychopathes sont envoyés par des collègues psychologues qui me veulent du mal. »	« Je suis charmant et amusant », « Les autres me trouvent irrésistible », « Ma femme m'aime, et mes collègues psychologues me trouvent génial. »	« Je ne dois pas faire d'erreurs », « Je dois toujours faire les choses moi-même », « Je ne peux pas envoyer des patients à mes collègues, car ils ne font pas les choses sérieusement », « Quand je fais des trucs avec ma femme, ça se passe mal, car elle est désorganisée. »

et Mollard, 1991) dans laquelle nous trouverons encore des items reprenant des règles cognitives associées à ce que l'on pourrait considérer comme les schémas de *sociotropie* et d'*autonomie* (ou le schéma *sociotropie-autonomie* mesuré sur un continuum) : « Si un(e) ami(e) ne m'a pas appelé(e) depuis un certain temps, je suis contrarié(e) à l'idée qu'il (elle) m'a oublié(e) » ou : « Je me confond plus en excuses vis-à-vis des autres que je n'aurais besoin de le faire. » Même si dans cette échelle certains items sont loin de ces règles et plus proches de l'analyse d'un comportement effectif comme : « J'aime faire de longues marches seules. »

Élaborant sa vision de la théorie, Young proposa aussi divers outils d'évaluation des schémas. Le premier de ces outils, le SQI (*Schemas Questionnary I*), fut mis au point dans une perspective clinique d'exploration des schémas sans soucis psychométriques. Dans la tradition de construction cognitive d'outils, Young, après l'analyse du contenu de nombreux entretiens, proposa que la personnalité puisse se comprendre de manière hiérarchique en fonction de trois grands facteurs, contenant en tout quinze modes pouvant être décrits par cent vingt-trois schémas qui, pour chacun, sont un des items de son questionnaire (voir tableau 3.2).

On peut remarquer qu'ici un item correspond à un schéma, donc chaque schéma mesuré, cent vingt-trois en tout, n'est défini que par l'item qui le mesure. L'idée de Young pour cet outil, n'est pas de se focaliser sur les schémas, mais bien sur les modes.

Par la suite, Young travailla sur une version de son questionnaire destinée à la recherche : le SQII. Pour ce faire, il partit encore de ses observations cliniques et cette fois définit *a priori* six facteurs ou classes super-ordonnées, englobant deux à trois modes/schémas chacun (voir tableau 3.3). À ce niveau, il existe une confusion dans les textes, et les schémas ne sont plus exactement les questions permettant de mesurer les modes, mais l'explication de regroupement d'items selon une logique factorielle.

Un questionnaire dont on peut trouver une version française par Cottraux et Blackburn (1995) et une première étude de validation (Mihaescu *et al.*, 1997), le SQII à deux cent cinq items, fut ainsi créé. Il considère quinze schémas *a priori* et a été utilisé en recherche (Ball et Cecero, 2001). Schmidt *et al.* (1995) proposèrent alors ce questionnaire à mille cent vingt-neuf étudiants américains et pratiquèrent une analyse factorielle avec une méthode de retrait systématique des items saturés pour l'interprétation. Treize facteurs apparurent, représentés par certaines des configurations d'items proposées *a priori*. Ces facteurs

Tableau 3.2. Facteurs, modes et exemples de schémas du SQI<sup>a</sup>

Facteurs	Modes	Exemples d'items/schémas
Autonomie	Dépendance	J'ai besoin que d'autres gens m'aident à y arriver
		Je pense à moi comme à une personne dépendante
	Soumission	Je place les besoins des autres avant les miens
		Je me sens coupable d'avoir laissé tomber ou déçu des gens
	Vulnérabilité au danger ou à la maladie	Je suis préoccupé(e) par la pensée d'être attaqué(e)
Je me soucie de perdre tout mon argent et mon emploi		
Peur de perdre le contrôle	Je sens souvent que je pourrais devenir fou (folle)	
	Je crains de me mettre à rougir ou à transpirer devant les gens	
Lien interpersonnel	Privation émotionnelle	Personne n'est là pour répondre à mes besoins
		Je pourrais disparaître de ce monde et ne manquer à personne
	Abandon et perte	Mon destin est d'être seul(e) pour toujours
		Je sens que je manque d'une base stable de soutien émotionnel
	Méfiance	Je sens que je dois rester sur la défensive en présence d'autrui
La plupart des gens ne pensent qu'à eux-mêmes		
Valeur	Isolement	Je n'arrive pas à m'intégrer
		Je me sens étranger (ère) aux autres
	Incapacité d'être aimé	Je suis irrémédiablement anormal(e)
		Je ne suis pas digne de l'amour, de l'attention et du respect des autres
	Indésirabilité sociale	Je suis moche
		Je ne peux pas soutenir une conversation décente
	Incompétence et échec	La plupart des gens sont plus compétents que moi
		Je suis idiot(e)
	Culpabilité et punition	Je suis une personne fondamentalement mauvaise
		Je me sens coupable sans savoir pourquoi
Honte et embarras	Je me sens humilié(e) par mes échecs et mes erreurs	
	Si les autres découvrent mes défauts je n'oserai plus les rencontrer	
Idéaux intransigeants	Je m'efforce de tout retenir dans un ordre parfait	
	Je dois faire face à toutes mes responsabilités	
Limites insuffisantes	Je déteste être contraint(e) ou qu'on m'empêche de faire ce que je veux	
	Souvent je me laisse aller à l'expression d'émotions ou d'envies qui m'attirent des ennuis ou blessent les autres	

a. D'après Young, 1990, trad. de Mihaescu et Séchaud, 1994 ; cités par Cottraux et Blackburn, 1995. Il existera quelques différences dans les noms des facteurs et modes en fonction des traducteurs.

Tableau 3.3. Classes, modes/schémas et thèmes du SQII selon Schmidt et al. (1995).

Classes	Modes/schémas	Thème schématique
Détachement	Abandon	Les thèmes spécifiques de cette classe de schémas seraient de l'ordre du manque affectif, du manque de confiance dans l'entourage, de la certitude que les autres abusent de toute situation, etc.
	Carence émotionnelle	
	Méfiance	
Manque d'autonomie	Dépendance fonctionnelle	Se regrouperaient des thèmes concernant la dépendance fonctionnelle vis-à-vis des autres, la vulnérabilité face aux maladies et aux dangers, etc.
	Vulnérabilité	
	Attachement	
Indésirabilité	Isolement	Les schémas de cette classe regrouperaient les rejets et les échecs sociaux, le non-engagement, etc.
	Indésirabilité sociale	
	Échec	
Manque d'expression individuelle	Assujettissement	Autour de ce terme générique se regroupent des schémas en relation avec l'inhibition émotionnelle, l'embarras face à autrui, etc.
	Inhibition émotionnelle	
Manque de satisfaction personnelle	Sacrifice de soi	Les thèmes décrits comprennent des exagérations dans le travail fourni mais aussi dans les attentes vis-à-vis des autres, un sens aigu du sacrifice de soi, etc.
	Sens moral implacable	
	Pessimisme	
Comportement et attentes sans limites	Revendications	Les schémas de cette classe font référence à des insuffisances dans le contrôle de soi, de ses réactions, etc.
	Autocontrôle insuffisant	

furent interprétés comme des schémas inadaptés précoces aux termes de la théorie sous-jacente. Les auteurs ont ensuite mené, dans l'idée hiérarchique schémas/modes, une seconde analyse factorielle après retrait des items correspondant aux schémas exclus par la première analyse. Les schémas issus de la première analyse se regroupèrent en fonction de trois facteurs super-ordonnés, avec une place spécifique pour le schéma Auto-Contrôle insuffisant, largement saturé (0,60) sur l'ensemble des facteurs. Cette configuration hiérarchique, présentée dans la figure 3.1, donna lieu à la rédaction (par sélection d'items) d'un nouvel outil, le SQII à cent soixante items. Pour l'histoire, Schmidt *et al.* (1995) parlent aussi de schémas *super-ordonnés* pour ces facteurs, qui organisent alors des schémas *primaires*. Mais une telle nomenclature n'a pas réellement de justification dans la théorie et complique les propos à souhait. Comme les propos sont déjà assez compliqués, nous n'y reviendrons pas.

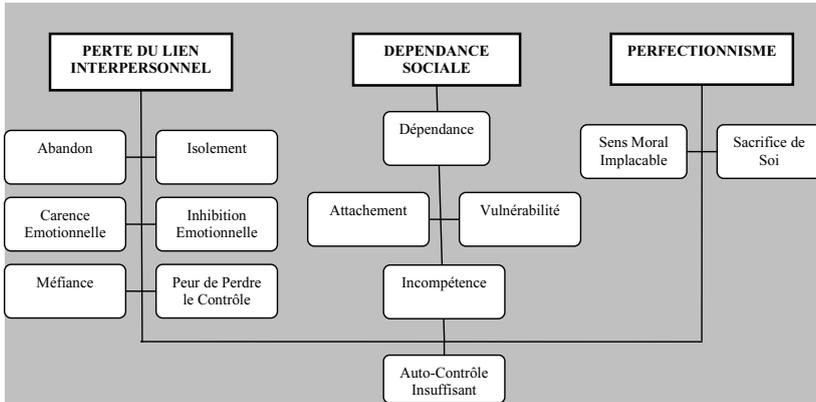


Figure 3.1. Relation hiérarchique entre les facteurs super-ordonnés et les schémas du SQII après traitement factoriel selon Schmidt et al. (1995).

Ce type de structure factorielle des questionnaires de schémas précoces apparaît aussi au niveau clinique (Lee *et al.*, 1999) et peut être discriminant de différents types de troubles (Petrocelli *et al.*, 2001 ; Mihaescu *et al.*, 1997).

Schmidt *et al.* (1995) montrent aussi que ces schémas sont en relation avec d'autres dimensions psychologiques (dépression, estime de soi, affects positifs/négatifs...).

Ce questionnaire à cent soixante items peut être retrouvé en français (avec l'autorisation des auteurs) en annexes sous l'appellation « Questionnaire d'attitude ». Une première étude de ce questionnaire réalisée auprès de six cent trente-neuf étudiants en première année de psychologie à l'université de Lille-3 a montré que, d'une part l'homogénéité interne pour chaque schéma est relativement importante (en moyenne,  $r_{638} = .664$  ;  $p < .0001$ ), et d'autre part, que les analyses en composantes principales, selon la méthode utilisée par Schmidt *et al.* (1995), font ressortir clairement parmi les treize premiers facteurs (87 % de la variance), les treize schémas étudiés. À l'aide de ce questionnaire, d'autres études de notre laboratoire, ont pu montrer des patterns schématiques particuliers à certaines pathologies.

Toutefois, même si certaines études de cas qui seront développées se basent sur ces résultats, l'utilisation du Questionnaire d'attitudes dans le domaine clinique peut paraître difficile. Aussi, Young proposa d'autres outils plus adaptés aux situations d'entretien et de thérapie.

Il existe par exemple une version à soixante-quinze items du SQII dite *short-form* par Young et Brown (1999), utilisée en clinique et au niveau de la recherche (Meyer *et al.*, 2001). L'échelle semble avoir de bonnes propriétés psychométriques ; elle mesure en fait quinze schémas précoces qu'une étude de Welburn *et al.* (2002) montre corrélés avec les principales affections psychiatriques. Il est possible d'en trouver une version française par Fantini dans Bouvard (2002).

Mais le plus utilisé de ces outils est sans doute le questionnaire des schémas à vingt-deux items de Young et Klosko (1993). Il n'y a pas d'explication quant à la construction de ce questionnaire, ni de données de validation psychométrique. Les vingt-deux items permettent la mesure de onze schémas (Abandon, Méfiance et Abus, Vulnérabilité, Dépendance, Carence affective, Exclusion, Imperfection, Échec, Assujettissement, Exigences élevées, Tout m'est dû). Les auteurs proposent aussi de revenir sur l'enfance et ce qu'ils supposent être la construction des schémas en laissant les sujets évaluer les items dans deux conditions différentes : ce qui correspond à l'état actuel de la personne/ce qui correspondait à son état avant l'âge de 12 ans.

Cette dernière idée proposée par Young et Klosko (1993) a sans doute son utilité clinique, mais nous remarquerons qu'elle va à l'encontre même de la théorie des schémas que les auteurs défendent dans leur ouvrage pour laquelle le jugement à un temps *t* est entièrement influencé par les schémas actifs à cet instant, et ne peut en rien être le reflet d'une quelconque réalité, si ce n'est celle de l'individu dont les cognitions sont modifiées par ces schémas. Mais ce petit paradoxe, encore une fois, trouve son utilité dans une utilisation clinique de restructuration cognitive comme celle que proposent Young et Klosko (1993). Dans une amicale critique, notons aussi que les termes utilisés par ces auteurs comme : « Un schéma est un mécanisme autodestructeur. [...] Les schémas luttent pour leur survie. [...] nous nous y sentons en sécurité en dépit du mal qu'il nous fait » (p. 36) ou : « Nous l'expulsons [le schéma] de notre cerveau » (p. 50), sont la preuve de leur volonté de grande vulgarisation de la théorie et des concepts ; ce qui expliquera que des paradoxes peuvent parfois y trouver leur place.

Pour chacun des schémas testés, Young et Klosko proposent aussi un questionnaire de dix items censé mesurer plus précisément l'activité, l'influence, l'importance, d'un schéma spécifique. Encore une fois, aucune explication de construction et aucune donnée psychométrique ne sont présentées.

Young propose aussi d'autres outils d'évaluation en concordance avec sa théorie, on trouvera par exemple :

- le *Young Parenting Inventory*, qui, pour un patient, doit servir à identifier l'origine des schémas et faire la part de ce qui incombe aux parents et aux autres facteurs ;
- le *Young-Rygh Avoidance Inventory*, qui permettrait de savoir comment un patient va utiliser les différentes formes de schémas d'évitement ;
- le *Young Compensation Inventory*, qui donnerait une idée des façons les plus communes dont un patient peut gérer les déséquilibres : « demandes de l'environnement/exigences et contraintes des schémas ».

Des traductions ont été faites de ces différents questionnaires et l'on pourra les retrouver, entre autres, dans les récents ouvrages de Bouvard (2002) et Hahusseau (2003), et sur quelques sites Internet, pour peu que l'on sache chercher.

### **Un questionnaire pour les petits**

Depuis les premiers travaux de Beck sur les schémas, cette notion est devenue un axe important de recherche et de pratique en psychologie clinique cognitive. Cliniquement, c'est à partir de l'anamnèse d'un patient, à partir de l'observation des thèmes qu'il exprime qu'il est possible de déterminer la structure d'un schéma, sans toutefois commettre l'erreur d'interpréter tout souvenir d'un patient comme déterminant dans une structure schématique. En effet, les événements les plus accessibles ne sont pas obligatoirement ceux qui ont permis à un schéma pathologique de se structurer, et si les faits relatés et la façon de les relater sont effectivement les produits de l'expression d'un schéma, ils ne sont pas pour autant le reflet d'une réalité présente ou passée, puisque les schémas modifient la perception des événements, comme les événements modifient la structure des schémas.

Les travaux dans ce domaine ont donc mené à la construction de différents questionnaires qu'il est possible de proposer à des adultes dans le cadre d'une thérapie. Mais, bien que leur postulat théorique admette l'élaboration et l'existence de schémas inadaptes durant l'enfance, les auteurs n'ont pas cherché à construire d'outil permettant d'étudier, dans une même optique, les schémas générés dès l'enfance. C'est ce que nous avons toutefois tenté de faire en adaptant pour des enfants âgés de 11 à 15 ans (de la sixième à la troisième dans le cursus scolaire français), le Questionnaire d'attitudes à cent soixante items sous le nom d'Inventaire des Schémas Précoces pour Enfants (ISPE).

Pour réaliser ce questionnaire, sept experts en psychologie ont repris le contenu sémantique des schémas des différents questionnaires proposés par Schmidt et Young. Treize schémas distincts ont été extraits de ces travaux, et pour chaque schéma deux questions ont été composées. Il a été ensuite vérifié par la méthode des juges que les questions correspondaient bien aux schémas qui leur étaient associés. Puis, le questionnaire ainsi obtenu (vingt-six items) a été pré-testé sur trente-trois élèves de CM2.

Les vingt-six items sont des affirmations auxquelles les enfants répondent sur une échelle en trois points, selon leur niveau d'acceptation. Toutes les affirmations sont orientées sémantiquement afin qu'une réponse « faible » (presque jamais = 1), c'est-à-dire sur le premier degré de l'échelle, renvoie au fait que le schéma n'est pas présent, ou n'est pas actif pour le sujet. Au contraire, toute réponse « élevée » (très souvent = 3), c'est-à-dire sur le dernier degré de l'échelle, doit être interprétée par la présence et/ou l'activité du schéma. La réponse intermédiaire, égale à 2 est « parfois ».

Les treize thèmes schématiques repris sont ceux du Questionnaire d'attitude (on retrouvera ces thèmes dans la grille de correction présentée en annexes avec le test lui-même en version proposée aux filles, sachant que pour les garçons, seuls les accords de genre changent).

Une première étude (Rusinek et Hautekète, 2000) menée chez mille soixante-dix enfants tout-venant filles et garçons élèves en collège de la 6<sup>e</sup> à la 3<sup>e</sup>, nous a permis de valider certaines propriétés psychométriques de l'échelle et de réaliser un étalonnage (en annexe). Toutefois, dans la pratique, nous avons pu constater que l'ISPE peut être proposée à des enfants en auto-évaluation dès qu'ils savent lire et jusqu'à ce qu'ils trouvent que l'on se moque d'eux avec des questions aussi simplistes — ce qui correspondra pour beaucoup à un âge de 14-15 ans.

Les applications cliniques de l'ISPE seront essentiellement de l'ordre du repérage des schémas mal adaptés actifs chez les enfants. Il sera aussi possible d'envisager, une fois ces schémas mal adaptés repérés, les environnements propices à leur développement. À ce propos, il est indéniable que tout développement de schéma est lié à des événements vécus, bien qu'évidemment ce soit surtout l'interprétation qui est donnée aux événements qui entraînera l'élaboration des schémas. Toutefois, et surtout chez l'enfant, il serait sans doute risqué de ne pas considérer, dans la juste lignée des théories de la psychopathologie cognitive, que ces sont les environnements qui favorisent le développement des schémas car ils nécessitent des adaptations.

Dans la dynamique de structuration, il faut aussi envisager que des réinterprétations successives des informations contenues en mémoire soient faites sous l'influence de schémas se structurant, il ne fait alors aucun doute que d'un événement bien antérieur à la structuration du schéma de Dépendance, par exemple, des informations relatives à cette dépendance puissent être extraites. Aussi, rechercher un événement important dans l'organisation d'un schéma ne doit pas être fait naïvement en considérant cet événement nécessairement comme une cause de structuration pathologique, mais plutôt comme un élément essentiel de la stabilité et de l'influence actuelle du schéma.

Nos études expérimentales permettent quelques constatations pragmatiques. Principalement, il nous faut relever que les filles et les garçons se différencient au niveau de certains schémas. De rapides considérations sémantiques quant aux schémas plus importants chez les jeunes filles pourraient laisser croire que celles-ci connaissent plus d'inquiétudes quant à leur morale, à leur perfection, à leur faiblesse, ou tendent à être plus perfectionnistes, plus dures envers elles-mêmes. Au contraire les garçons se soucieraient moins de ces aspects de leur personnalité. Bien que les mentalités aient fortement, et heureusement, changé depuis, nous retrouverions ici des séquelles des bi-catégorisations sexuelles de l'éducation du début du XX<sup>e</sup> siècle telle que l'on peut la retrouver chez Spencer (1900).

Nous avons aussi pu montrer chez les enfants que les schémas auraient tendance à voir leur activation diminuer avec l'âge (Rusinek, 2003a). Ce serait ainsi le développement normal. D'ailleurs étudiant cette évolution en fonction du niveau d'anxiété chez plus de mille enfants scolarisés du CM2 à la 3<sup>e</sup>, nous avons pu constater que si le développement normal semble être une diminution de l'activation des schémas, le développement anxieux serait lié au maintien de cette activation pour la plupart, comme le montre le tableau 3.4.

Ces résultats, laissent clairement croire que lorsqu'il y a évolution des schémas, cette évolution va presque toujours dans le sens d'une diminution de l'importance des schémas. Cette diminution est de surcroît plus fréquente chez les enfants non anxieux que chez les enfants anxieux. La différenciation dans le développement des schémas entre enfants anxieux et non anxieux se ferait donc par l'augmentation de l'influence de certains schémas chez les plus anxieux, mais surtout par une diminution de l'influence de nombreux schémas chez les moins anxieux. Nous pourrions donc penser que l'anxiété-trait n'est pas due uniquement au fait que des enfants deviennent anxieux, mais surtout

Tableau 3.4. Résumé du développement général des schémas de la classe de CM2 à la classe de troisième en fonction du niveau d'anxiété.

Schémas	Haute anxiété	Basse anxiété
Incompétence	Constance →	Constance →
Carence émotionnelle	Constance →	Constance →
Sacrifice	Constance →	Constance →
Sens moral Implacable	Constance →	Constance →
Abandon	Constance →	Constance →
Isolement	Constance →	Diminution ↓
Attachement	Constance →	Diminution ↓
Vulnérabilité	Constance →	Diminution ↓
Dépendance	Constance →	Diminution ↓
Peur de perdre le contrôle	Constance →	Diminution ↓
Méfiance	Diminution ↓	Constance →
Inhibition émotionnelle	Diminution ↓	Constance →
Auto-Contrôle Insuffisant	Augmentation ↑	Constance →

au fait que des enfants deviennent non anxieux. Ceci rejoint l'idée depuis longtemps énoncée en clinique d'une anxiété *normale* durant le développement qui par la suite disparaît.

Nous ne nous risquons pas à une interprétation de ces résultats en fonction des thèmes sémantiques des schémas, nous noterons simplement qu'avec l'âge, il semble que de plus en plus de schémas soient activés dans ce qui peut être appelé le mode anxieux. Rappelons que dans une étude précédente (Rusinek, 1999) nous avons pu montrer que chez les adultes anxieux, l'ensemble de ces treize schémas étudiés est plus activé en comparaison avec des adultes non anxieux. Ceci permet d'imaginer que les structures anxieuses ne sont pas encore totalement élaborées aux âges que nous avons testés. Nous pourrions donc dire, tout en considérant les limites de nos études, que l'anxiété chez les adultes est liée à un groupement de schémas mal adaptés qui se construisent durant l'enfance par confrontation à des événements de vie spécifiquement interprétés. Donc, vivre certaines classes d'événements peut être très important. Durant l'enfance, le vécu d'événements ayant trait aux schémas anxieux mis en évidence chez les enfants de nos études peut servir de prémices à l'élaboration d'une structure mnésique anxieuse. Ensuite, durant l'adolescence, vivre des événements qui font acquérir, entre autre, un sens moral important, une crainte de ses réactions de colère, un isolement social, pourrait permettre de parachever l'élaboration de cette structure mnésique. Évidemment, c'est aussi l'interprétation qui est donnée aux événements qui entraînera l'élaboration

des schémas anxieux. Interviennent sans doute des ré-interprétations successives des événements antérieurement vécus d'où les thèmes que nous venons d'évoquer peuvent être extraits.

Nous avons réitéré cette étude en rencontrant des enfants dépressifs et en comparant leurs performances à celles d'enfants sans problème mais aussi d'enfants anxieux pathologiques. Les résultats peuvent être résumés en disant que chez les enfants dépressifs, d'une part un profil pathologique distinct de celui des enfants anxieux existe, et d'autre part, que l'évolution schématique ne suit pas la logique décrite précédemment. Il ne semble pas, à ce niveau, que la dépression chez l'enfant soit un état quasi normal à un moment donné qui évolue par adaptation, par réduction de l'action de certains schémas. En fait, la dépression s'installerait par le fait que certains schémas et leurs biais de traitement s'installent progressivement et deviennent plus actifs.

Le problème dans l'étude du développement des schémas durant l'enfance est avant tout de nature logique. Comme les chercheurs s'y intéressant sont attirés par le « côté obscur de la force », ils n'étudient que la pathologie. Aussi est naturellement supposée l'existence de schémas mal adaptés, pathogènes s'ils sont actifs, et rien du tout s'ils sont inactifs. Dans cette acception, il n'y a de la place pour la non-pathologie que par la non-influence des schémas. Alors même que les schémas précoces sont décrits comme nécessaires à un moment donné dans le développement et l'adaptation de l'enfant. Aussi, les enfants « normaux » seront ceux qui n'ont rien, qui n'ont pas de schémas actifs, presque insipides...

Or il est évident que pour ne pas souffrir d'un quelconque trouble, il ne suffit pas de ne rien avoir, il faut aussi savoir s'adapter, il faut développer des ressources qui permettent de faire face à l'adversité, qui pour d'aucuns pourraient être la base de la résilience salutaire. Dans cet ordre d'idée, l'enfant normal serait sans doute celui qui ne connaît pas d'influence exagérée de ses schémas *mal adaptés* mais aussi celui qui a su développer des schémas *bien adaptés*.

Il serait donc logique de concevoir l'existence de schémas *salutogènes* qui servent, chez l'enfant comme chez l'adulte, à s'adapter au monde, à gérer les situations avec le moins de stress possible, à accepter ses propres erreurs, à interpréter les informations d'une manière non menaçante... Ces schémas fonctionneraient comme les autres, sur les mêmes bases, les mêmes principes, se construiraient aussi par nécessité d'adaptation, mais dans le sens d'une adaptation à long terme. Ces schémas pourraient à tout moment être activés sans provoquer de

troubles, bien qu'il soit aussi possible d'imaginer que trop de vision non menaçante puisse conduire à trop ignorer les réels dangers.

Nous y reviendrons pour l'une des techniques exposées, mais il est aisé de concevoir qu'un enfant pour se protéger de l'anxiété par exemple, doit apprendre à relativiser et après avoir « cassé la vaisselle à maman » sous la pression de Pierre Perret, doit pouvoir se dire : « Ché mi grave » (comme le dit Madame Rusinek mère). Un schéma presque einsteinien que l'on pourrait nommer Tout est relatif sera alors salutogène car il gèrera l'anxiété et d'autres sentiments comme la culpabilité.

Pour réellement étudier le développement des schémas chez l'enfant, il serait sans doute judicieux de concevoir ces schémas dont le développement est nécessaire pour le maintien du bien-être et de se poser la question de leur évaluation. Bien entendu un outil de ce type chez l'adulte serait tout aussi intéressant, surtout qu'il mènerait pour une fois, non pas à un discours du type : « Le mauvais est trop développé en vous », mais plutôt à : « Essayons de développer ce potentiel de bien que vous couvez »... Si les schémas ont pour avantage de permettre une déculpabilisation interdite apparemment par tant d'autres approches, il faudrait en profiter.

Mais il s'agit ici de revenir sur l'un des paradoxes de la théorie des schémas : pour Young et Klosko (1993) mais aussi pour de nombreux autres spécialistes, tous les schémas ne sont pas nécessairement présents chez un individu. Toutefois, les schémas précoces inadaptés qu'ils décrivent seraient tous présents, mais parce qu'ils reposent sur des besoins primaires des enfants, donc chacun de nous les construirait à un moment ou un autre. Ce qui va même dans le sens des résultats d'études exposés précédemment. Par contre, d'autres schémas pourraient être absents tout simplement parce que tous les enfants ne font pas les mêmes expériences. Les enfants uniques par exemple ne connaissent pas normalement de relations conflictuelles avec un frère ou une sœur, de *partage* des figures protectrices, mais aussi de complicité et d'amour fraternel.

Cependant les schémas qui vont poser problème, réactivés à la suite d'un ou plusieurs événements y faisant référence sont eux, présents, mais dans un état de sommeil — leur présence est d'ailleurs une obligation dans cette acception. L'hypothèse de traitement thérapeutique de Young repose sur la possibilité *d'assouplir* un schéma en activant son ou ses schémas antagonistes pour que les idées dysfonctionnelles disparaissent, remplacées par des idées plus *adaptées*. Par exemple chez les sujets anxieux, il serait possible de favoriser le sentiment/schéma de Sécurité au lieu du sentiment/schéma de Vulnérabilité... Ce qui pourrait

revenir à l'idée de développement de schémas *salutogènes* que nous avons exposés.

Mais comment activer un schéma qui pourrait être absent, d'autant plus qu'un schéma opposé s'est construit ? Il va falloir considérer que tous les schémas sont présents chez un individu : la Vulnérabilité comme la Sécurité, mais à des niveaux d'activation différents. Ceci en premier lieu exclut la possibilité de continuum entre la Vulnérabilité et la Sécurité : chaque représentation aura donc sa propre configuration indépendante avec son propre continuum d'activation et rien n'empêche alors d'imaginer la possibilité de fortes activations concurrentes, expliquant de nombreuses ambivalences. Se pose, en second lieu, le problème de savoir comment l'une peut prendre le pas sur l'autre pour entraîner une pathologie, comment forcer l'activation d'un schéma qui n'a peut être jamais influencé le traitement de l'information et a donc une architecture modeste. Et chez les personnes n'ayant pas de problème spécifique sur leur Vulnérabilité, et ayant une représentation sereine et objective quant à leur Sécurité : est-il possible que deux schémas aussi contradictoires influencent simultanément le traitement d'une même information ? En dernier lieu, il est possible de s'interroger sur la forme possible de la mesure du schéma Sécurité définie autrement que dans une opposition, sur un continuum ou non, au schéma Vulnérabilité. Nous remarquerons à ce propos que les auteurs ne proposent aucune mesure de schémas adaptés qu'ils soient précoces ou non, puisqu'il est sous-entendu que si l'on souffre d'un sentiment/schéma de Vulnérabilité c'est que nous n'avons pas de sentiment/schéma de Sécurité.

## PRINCIPES DES TOS

### **Les thérapies centrées schémas (The Others)**

Les thérapies centrées schémas sont celles dérivées directement des perspectives de Young sur la question. Elles reposent sur des modes d'intervention thérapeutiques que nous ne proposons pas dans la suite de cet ouvrage mais que nous voulons exposer tout de même, sans *a priori* aucun, même si ce n'est pas toujours facile, pour que la différence avec les thérapies orientées schémas soit mieux comprise.

L'analyse qui en est faite par Cousineau (*cf.* Cousineau et Young, 1997) peut se résumer ainsi : il existe des *schémas précoces inadaptés* et des processus de perpétuation de ces schémas : le maintien, l'évitement ou la compensation. Les schémas sont des thèmes très envahissants

pour une personne et déterminent des niveaux précoces et profondément ancrés de croyances, d'émotions, de souvenirs... Alors, lorsqu'une personne voit ses interprétations du monde dominées par le filtre d'un schéma spécifique, elle cherchera, par les processus de perpétuation, des signes de confirmation des schémas. Ainsi, une personne présentant un schéma actif du sentiment d'abandon éprouvera une détresse importante si son conjoint prend de la distance, craignant un abandon dévastateur même si peu d'indices objectifs le laissent supposer. Parfois même, le simple fait que son chat ne cherche plus autant de câlins, parce que l'hiver venu il préfère se lover sur un radiateur, active chez elle un sentiment profond d'abandon qui sera mis à la sauce de tous les événements quotidiens.

Les schémas inadaptés sont aussi vus comme favorisant des niveaux élevés d'affects perturbateurs, qui peuvent entraîner des conséquences dommageables pour le patient lui-même, mais aussi pour les autres auxquels il peut causer des torts.

L'idée repose aussi sur l'existence de *modes*, que l'on pourrait comprendre par mode de comportements, sous-tendus par la présence de schémas, qui activés, construisent des réponses types fonctionnelles ou non, adaptées ou non, mais toujours affectives. Ce concept a pour origine l'intervention auprès de patients limites capables de passer d'un mode de fonctionnement à un autre de façon abrupte et marquée. Apparaîtraient ainsi différentes facettes du soi explicables par des regroupements naturels de schémas.

Il existerait différents types de modes :

- *les modes de l'enfant* : rassemblant le mode de l'enfant vulnérable, de l'enfant en colère, de l'enfant impulsif et de l'enfant spontané ;
- *les modes d'adaptation dysfonctionnels* : l'abdicateur conciliant (capitulation), le détachement protecteur (évitement, fuite), le surcompensateur (contre-attaque) ;
- *les modes parentaux dysfonctionnels* : le parent exigeant, le parent punitif ;
- *le mode de l'adulte sain*.

L'objectif de la thérapie est bien entendu de favoriser ce dernier mode en optimisant ce qui caractérise l'adulte sain : la spontanéité, l'objectivation, la compassion, l'empathie... Ceci par une méthode se centrant sur l'identification des schémas et des modes, puis sur leur modification... Dans la verve des restructurations cognitives. Nonobstant, différence il y a. La volonté est celle d'une détection rapide des

problèmes, d'une prompt identification des schémas et d'une modification expéditive de ceux-ci. Pour ce faire, des outils comme les questionnaires pourront être utilisés lors de l'identification, mais aussi des entretiens très dirigés permettant de faire ressortir clairement modes et schémas. Il sera aussi question d'interventions qui ne se basent pas sur un questionnement socratique, sur un long cheminement du patient vers *sa vérité*, mais sur une confrontation à une situation qui se veut en elle-même thérapeutique.

L'intervention thérapeutique reposera aussi sur le fait que le patient, qui se sentira pris en charge, aura un sentiment profond de justesse, tant dans les évaluations que dans les interprétations. Il se sentira compris et écouté. De même, il sera convaincu de l'à-propos de l'exercice thérapeutique, de son efficacité.

Les notions de schémas et d'adaptation seront reprises avec le patient et serviront de concepts explicatifs au problème reconnu. La reconnaissance préalable du problème aura donc une importance indéniable, il sera entre autres discuté du fait que le problème puisse être situationnel ou qu'il fonctionne selon un pattern spécifique redondant (mêmes déclencheurs, mêmes émotions, mêmes comportements...).

S'il existe une philosophie de l'approche centrée sur les schémas, elle pourrait être spécifiée par ces points :

- le thérapeute perçoit le fonctionnement du patient comme celui d'un enfant vulnérable, un enfant qu'il a été, qui a souffert, qui a sans doute vécu un événement particulier, des événements répétés qui ont précipité l'acquisition d'un mode inadapté renforcé par des schémas pathogènes ;
- les besoins du patient sont authentiques. Il se dévoile et n'a nul besoin de tricher avec le thérapeute, toutefois peut-il encore tricher avec lui-même ;
- le thérapeute a aussi des droits ;
- il existe un profond respect entre le patient et le thérapeute et leur relation est authentique ;
- le traitement d'un patient est long et exigeant, même si la thérapie se veut brève ;
- il sera impossible au thérapeute de combler les immenses besoins des patients ;
- le processus thérapeutique se compare à celui du développement d'un enfant.

Il est donc question de reconstruire l'environnement de la structuration des schémas pour les déstructurer. Le patient reprend son rôle d'enfant souffrant d'une relation et le thérapeute se transforme en substitut du parent. La volonté est alors de permettre au patient de changer, du moins en imagination rétrospective, ses réactions d'enfant pour instaurer une nouvelle relation avec le parent... une relation résolue qui ne nécessitera plus la structuration de schémas pathogènes et la réponse sur un mode inadapté. Il est question pour cette technique de *reparenting* ou réparation parentale.

Le thérapeute s'investit alors pleinement dans la guérison du patient puisqu'il y joue un rôle relativement actif. Il s'expose ainsi directement, comme objet, à la frustration du patient, à sa colère, à ses ressentiments et risque de ressentir lui-même de la colère et de la frustration. Le thérapeute doit donc être entraîné pour ne pas se laisser dériver, pour ne pas se transformer doucement en ce parent au mode pathogène : s'il blâmait le patient, il serait sur un mode punitif.

Les interventions qui correspondent à cette philosophie sont dites « expérientielles ». Elles ont pour objectif, nous l'aurons compris, de réactiver les émotions liées aux schémas précoces d'inadaptation, les souvenirs qui y sont attachés, pour faciliter leur exorcisme. La réparation parentale apporte une réponse aux besoins non comblés de l'enfant. Demeure néanmoins le problème de toute réponse de ce genre : elle ne peut être que partielle par rapport à son but avoué car les souvenirs n'en changeront pas pour autant.

Ces techniques expérientielles provoqueraient, par le fait même de leur action sur les émotions, des changements plus importants chez le patient que d'autres techniques moins dramatiques, moins violentes, plus réflexives. Elles permettraient aussi au patient de prendre conscience que les schémas inadaptés qui gouvernent leur mode de comportement ne sont pas fondés. Il est également supposé qu'elles aideront le patient à ne plus traiter l'information uniquement sur un pôle affectif, car il se détachera de l'influence de ses schémas qui, eux, sont des bouillons d'affects.

Durant la séance, des techniques d'imagerie mentale pourront être utilisées pour déclencher une réactivation du schéma douloureux. Il est supposé que le thérapeute peut alors comprendre le ressenti du patient et par cela identifier le schéma à réactiver..., voire de comprendre ses processus de construction durant l'enfance et ses liens avec le problème actuel.

Ce sont les parents du patient, parce qu'ils sont les figures les plus significatives de l'enfance, qui, la plupart du temps, seront choisis

comme les personnes structuratrices du schéma pathologique... Mais plus qu'à l'origine, les parents sont souvent vus ici comme ceux qui entraînent le maintien et le renforcement du schéma. Les parents seront donc encore une fois des personnages centraux, autour desquels sera construite l'imagerie mentale dont les consignes sont les suivantes :

- se voir dans une place sécuritaire ;
- se voir enfant avec l'un des parents dans une situation pénible ;
- se demander ce que l'on ressent et pense, et ce que ressent et pense le parent ;
- dialoguer avec le parent ;
- les yeux fermés, alterner les images *versus* les mots et les pensées ;
- s'interroger sur les attentes de changement de la part du parent... le patient peut alors s'adresser au parent pour le lui dire ;
- imaginer la réaction du parent ;
- à partir du sentiment éprouvé, retrouver une situation de la vie courante dans laquelle, a déjà été ressentie la même chose ;
- terminer la séance en retournant dans la place sécuritaire ;
- réitérer l'exercice avec l'autre parent.

Cousineau recommande de commencer cet exercice en début de séance afin d'intégrer cette expérience à d'autres informations obtenues durant l'évaluation. On pourrait ajouter que cette précaution est aussi valable pour le cas où des difficultés apparaîtraient durant l'exercice — prévoir un moment pour les surmonter ne doit pas être un luxe.

Les souvenirs de situations pénibles vont aider le patient à identifier les besoins non comblés, mais aussi, nous l'avons vu, à exprimer des émotions intenses au parent, et particulièrement la colère. Cette expression de la colère aurait pour objectif principal de donner au patient le pouvoir de répondre au schéma et de se distancer de celui-ci. Selon la terminologie utilisée, la colère apporterait le *pouvoir* émotionnel de combattre le schéma. De cette façon, les patients se sentent vivifiés et auto-valident leurs droits en tant qu'être humain. Travailler à transmettre au patient un sentiment de légitimité face aux droits fondamentaux et l'éduquer sur les composantes de ces droits constitue les modalités de ce qui sera appelé l'ayant droit sain.

L'importance de l'expression de la colère réside également dans le fait d'éprouver un sentiment authentique face aux parents. Ce sentiment, plus tard, rendra un pardon possible, et encore plus tard, permettra de considérer les parents comme des êtres nuancés, égaux à eux-mêmes. Cousineau insiste sur le caractère crucial de l'expression de la colère

en thérapie : sans elle, les patients vont continuer à croire émotionnellement à leur schéma même si intellectuellement ils le savent non fondé.

Toutefois, lorsque le patient exprime sa colère, il est possible qu'il se sente alors coupable d'une certaine trahison, ou de tenir un rôle ambigu. Mais cette culpabilité, lorsqu'elle apparaît, devient un élément essentiel de l'exercice. Il est alors question de faire comprendre que la colère est orientée contre des erreurs spécifiques des parents dans leurs rôles et dans les faits et non sur le parent actuel lui-même. Il s'agit de se centrer sur la relation subjective avec le parent qui a été intériorisé et non pas sur l'objectivation d'un individu.

Il existe encore une raison d'expression de la colère vis-à-vis du parent : gagner une distance émotionnelle par rapport au schéma. L'idée est ici que les patients éprouvent des difficultés à combattre leurs schémas parce qu'ils les ressentent comme étant *ego-syntones* ; la voix du parent est devenue leur propre voix et est ressentie comme étant ce qui est vrai. Exprimer sa colère lors de l'imagerie mentale serait une façon d'extérioriser la voix du parent, de ne plus la ressentir comme sienne : c'est le parent qui critique, contrôle..., ce n'est plus une partie du patient. À ce stade, le schéma devient *dystonique* et le thérapeute entre en alliance avec le patient contre le schéma.

Mais il paraît tout aussi important que le patient puisse exprimer sa peine sur ce qui lui est arrivé pendant son enfance. Cette peine retenue est considérée comme amalgamée à la colère et le processus de deuil exprimé par l'expression de la peine, aide le patient à différencier le passé, lorsque le schéma était fondé, du présent alors qu'il ne l'est plus. L'expression de la peine aiderait donc le patient à abandonner ses attentes irréalistes telles que l'attente d'un véritable changement du parent. Mais l'expression de la peine doit aussi permettre au patient d'accepter le fait que son enfance a été pénible et qu'il ne peut pas la revivre mais qu'il lui est possible de se centrer sur le futur pour le rendre le plus gratifiant possible.

En ce qui concerne les effets sur la relation avec le parent réel qui attend chez lui sans même savoir qu'il vient d'être l'objet d'un exorcisme, ils sont minorés et au mieux le patient réalise qu'il aime toujours son parent, mais cette fois pour de bonnes raisons. Toutefois, et si par malheur tous les efforts échouent, alors l'expression de la peine pourra aider le patient à renoncer au parent et à devenir ouvert à l'établissement de relations plus saines avec d'autres personnes. Le parent restera chez lui sans savoir pourquoi il n'a plus de visite de son enfant.

Le but final pour le patient est de parvenir à éprouver de la compassion pour l'enfant qu'il a été, ne plus l'accuser de tous les maux, ne plus le mépriser..., lui pardonner..., se pardonner.

Il est question dans ce type de thérapie de la notion de schémas, mais les schémas n'y sont plus réellement vus comme ces structures mnésiques qui liées à certains processus cognitifs permettent de traiter l'information, avec, dans le cas de la pathologie, des traitements biaisés. Il n'est pas question non plus d'exercices de restructuration cognitive qui permettent au patient d'exprimer ses croyances erronées, de prendre conscience de ses erreurs de jugement et de les changer. Pourtant, de la notion de schémas, avec des méthodes sans doute plus terre à terre et moins théâtrales, il est possible de proposer une restructuration presque classique. Presque, car plus rapide, plus directe et plus active pour le thérapeute qui revêt d'autres uniformes que celui du spécialiste en psychologie clinique. Ces méthodes sont les thérapies orientées schémas.

### **Les thérapies orientées schémas (The French Touch)**

C'est sans conteste dans le cadre des thérapies comportementales et cognitives que les travaux sur les schémas trouvent leurs applications en psychopathologie. Le but de ces applications sera toujours de l'ordre de l'intervention sur les règles cognitives handicapantes : prise de conscience d'un problème de traitement de l'information et offre d'alternatives pour pallier ce problème. La thérapie orientée schémas est ici à considérer comme une opérationnalisation spécifique de la théorie et du concept dans le cadre de la restructuration cognitive. Cette opérationnalisation sera toutefois réalisée sans donner un poids trop important à la théorie... En un certain sens, le schéma sera plus une « excuse » de travail, un fil conducteur de la restructuration qu'un postulat à adopter coûte que coûte. Ainsi, si l'on devait en dégager une philosophie, comme elle peut être définie dans l'approche de Young, nous serions tentés de l'établir sur ces bases :

- il existe un respect entre le patient et le thérapeute et tous deux doivent avoir conscience que leur relation est essentiellement de l'ordre du technique ;
- l'utilisation de la notion de schéma apportera à la restructuration cognitive un avantage sur le plan de la rapidité ;
- la thérapie orientée schémas ne s'encombrera pas d'autres discours que celui de la description factuelle ;

- le but est la prise de conscience de notre imperfection dans le traitement de l'information qui touche la mémoire, l'attention, l'interprétation... ;
- la place de l'expérience de vie de chacun y est bien entendue importante puisque c'est cette expérience qui structure les schémas, toutefois, c'est bien sur la problématique actuelle du trouble que l'intervention se focalisera ;
- la méthode vise à montrer directement les biais de fonctionnement cognitifs sur lesquelles son action est possible ;
- l'intervention thérapeutique ne pourra se faire sans une explication compréhensible pour le patient du fonctionnement cognitif « normal » et de son propre fonctionnement — sous-entendu que dans ce cadre la « norme » n'est que l'étiquette d'un fonctionnement n'entraînant pas de souffrance puisque l'idée essentielle est que chacun est sensible à des fonctionnements induits par ses propres schémas ;
- la légitimité du thérapeute viendra du fait qu'il montrera sa connaissance d'une part du fonctionnement cognitif de son patient ;
- le thérapeute assumera que la notion de schéma peut lui apporter un petit pouvoir de prédiction qui ira de paire avec un petit pouvoir de persuasion, et que, fondant son intervention sur ce constat, il n'en abusera pas ;
- l'humilité du thérapeute reposera sur sa conscience du fait que chacun de nous à généralement conscience de ses problèmes d'interprétation, mais que pour les dépasser il faut parfois quelqu'un pour nous les signifier et nous obliger à les « travailler » ;
- il sera toujours considéré qu'à côté du problème il y a souvent la solution et que définissant l'un il est possible d'éclairer l'autre.

Comme pour les thérapies centrées schémas, la volonté est celle d'une détection rapide des problèmes, d'une prompt identification des schémas et d'une modification expéditive de ceux-ci. Pour ce faire, des outils comme les questionnaires pourront être utilisés lors de l'identification, mais aussi des entretiens très dirigés permettant de faire ressortir clairement modes et schémas. Il sera aussi question d'interventions qui ne se basent pas sur un questionnement socratique, sur un long cheminement du patient vers *sa vérité*, mais sur une confrontation à une situation qui se veut en elle-même thérapeutique.

L'intervention thérapeutique reposera aussi sur le fait que le patient, qui se sentira pris en charge, aura un sentiment profond de justesse, tant dans les évaluations que dans les interprétations. De même, il sera convaincu de l'à-propos de l'exercice thérapeutique, de son efficacité.

C'est du moins ce qui est recherché car il est évident, comme pour tout exercice thérapeutique, que tout ne fonctionne pas toujours comme cela devrait fonctionner, que ce soit dû au grain de poivre du patient, au grain de sel du thérapeute ou à la mayonnaise qui ne prend pas.

Dans la logique des *thérapies orientées schémas*, la prise de conscience de fonctionnement est un premier pas décisif. Mais ce n'est qu'un poncif puisque toute intervention cognitive se fonde sur cette prise de conscience, plus ou moins directe, plus ou moins visible. Young et Klosko (1993) relèvent que lorsque les schémas précoces sont mis en avant durant la thérapie, cela provoque de vives émotions liées à une acceptation ou un rejet de la part du patient. Beck et ses collaborateurs (Beck et Emery, 1985 ; Beck et Freeman, 1990) insistent sur le fait que la prise de conscience de règles cognitives erronées, de croyances dysfonctionnelles, etc., est quasi suffisante à un changement de comportement. Dobson *et al.* (2000), reprenant un bon nombre d'auteurs et de méthodes en psychopathologie cognitive (Lazarus, D'Zurilla, Ellis, Beck, Young...), montrent clairement que cette prise de conscience des biais de pensée et la proposition d'alternatives sont la base de l'approche thérapeutique cognitive. D'autres auteurs reprennent et illustrent cette idée forte, comme Servant (2002) ou André (1997, 2002) en ce qui concerne la phobie sociale ou, le même André (1999a) pour les phobies spécifiques, le même Servant (2001) pour l'agoraphobie et les attaques de panique, Graziani (2003) pour l'ensemble des troubles anxieux, O'Hara (2001) pour l'anxiété chez les personnes âgées ou Cottraux (2003) d'une manière générale. De plus, Beck (2000), à propos de la dépression, explique que fournir des alternatives au patient, c'est lui permettre de reconsidérer ses jugements sur la réalité, lui apprendre l'induction à partir de données objectives et non la déduction à partir de règles erronées.

Cette logique repose sur la philosophie stoïcienne, les principes d'Épictète, de Sénèque voulant que l'individu n'est pas dépendant des situations, mais des interprétations qu'il fait des situations. Il s'agit là d'un relativisme dans la façon de penser, que les patients ne savent pas, le plus souvent, considérer. Le but de la thérapie cognitive est donc ici de leur permettre de faire la différence entre leur lecture de la réalité et la réalité lue par la majorité. Dans ce cadre, une intervention fondée sur les schémas prend toute sa place comme l'illustrent clairement Hahusseau (2003) ou Servant (2002), pour ce qui est des ouvrages les plus récents.

Sur cette idée nous avons mis au point quelques modes thérapeutiques, dans lesquels les outils d'évaluations comme le SQII ou l'ISPE prennent leur place dans la détection des schémas dysfonctionnels,

l'évaluation de leur influence et de leur évolution. Ces modes de thérapies orientés sur les schémas reposent aussi sur des exercices permettant les prises de conscience de cognitions erronées et la présentation des alternatives à ces pensées. Il s'agit clairement d'en apprendre un peu plus sur le fonctionnement de la maladie et du patient dans une procédure interactive mettant en avant des biais de traitement cognitifs. Partir d'un raisonnement sur les schémas cognitifs nous fournit des instruments d'évaluation des biais mis en avant, et des outils de travail sur ces biais.

## EXEMPLES D'EXERCICES THÉRAPEUTIQUES ORIENTÉS SCHÉMAS

### **Je me rappelle qu'un jour il s'est passé quelque chose...**

Nous reprendrons ici des procédures assez simples pour mettre en évidence les biais de traitement cognitifs que les schémas peuvent engendrer dans des situations de rappel d'histoire et d'évaluation d'événements.

#### *Yohann, 11 ans, anxiété de séparation*

Le cas qui illustre cette méthode peut être retrouvé dans un article des *Annales médico-psychologiques* (Rusinek, 2004b).

L'idée est très proche de celle de Bartlett (1932) et de son expérience de *La Guerre des fantômes*. Comme il a pu constater que les jeunes sujets anglais, au fur et à mesure des rappels, remaniaient le conte à leur convenance, rétablissaient dans l'histoire leurs propres liens de causalité entre les informations, par omissions, altérations de la signification et parfois par additions, nous nous sommes demandé si les schémas tels que nous les concevons en psychopathologie ne pouvaient pas être mis en évidence par une telle procédure et si cette procédure mise en place ne pouvait servir de base à la restructuration cognitive. Il s'agit clairement ici de s'appuyer sur la fonction schématique de cohérence entre les informations proposées et la structure du schéma lui-même ; la cohérence étant reflétée par la facilitation du souvenir. Rappelons que la facilitation du traitement de l'information médiatisée par des processus cognitifs automatiques et inconscients, se traduit par des réponses plus rapides et par l'émergence de thèmes sémantiques récurrents dans le discours, mais aussi par des erreurs d'attribution.

La prise de conscience de son propre fonctionnement est un premier pas décisif dans ce type d'approche, l'effet thérapeutique veut que cette prise de conscience de règles cognitives erronées, de croyances dysfonctionnelles, etc., est quasi suffisante à un changement de comportement. Changement de comportement qui va assouplir le schéma et permettre à d'autres règles de renforcer une structure alternative naissante. Soulignons encore une fois que Beck (2000), à propos de la dépression, explique que les alternatives, en plus de fournir des options au patient, lui permettent de reconsidérer ses jugements sur la réalité, d'apprendre l'induction à partir de données objectives et non la déduction à partir de règles erronées.

L'exercice de restructuration cognitive orientée schéma que nous proposons connaît ce même fondement méta-cognitif mais diffère des méthodes plus courantes sur un point essentiel. Il ne propose pas de chercher les règles erronées et autres phénomènes produits des schémas dans le discours des patients sur leur vie et leur manière d'interpréter le monde, mais à l'aide d'un exercice de rappel d'histoire qui sera prétexte à l'isolation des dysfonctionnements. Il y a donc utilisation d'un matériel qui est source d'objectivité pour les patients et le thérapeute. Ce matériel évaluatif est de plus, dénué de valeur affective personnelle *a priori* pour le patient qui sera confronté à ses erreurs de jugements et d'interprétations quand il l'interprétera de manière affective.

Pour construire ce matériel et tester sa procédure d'utilisation nous avons réalisé une étude utilisant une procédure assez proche de celle qu'avait utilisée Bartlett. Cette étude, qui sert de base à notre travail clinique peut être résumée de la sorte.

Nous avons rencontré dix-sept garçons souffrant d'anxiété de séparation et dix-sept garçons ne souffrant d'aucun trouble, tous âgés de huit à neuf ans. Nous avons proposé à ces enfants de remplir l'ISPE (voir annexe), qui mesure donc l'activité de treize schémas détaillés tableau 3.5. Nous leur avons ensuite fait écouter deux fois de suite un texte racontant l'histoire d'un garçon de huit ans partant un matin en colonie de vacances en laissant derrière lui sa mère et sa chambre. Ce texte est composé de treize scènes pouvant se rapporter à l'aspect sémantique de chacun des schémas mesurés par l'ISPE (voir tableau 3.5). Chaque scène comporte son lot de détails, mais aussi assez d'ambiguïté pour permettre des interprétations de la part des sujets. Ainsi, par exemple, les « états d'âme » du jeune personnage ne sont jamais décrits. Dans tous les cas, nous avons pris soin de ne pas orienter les scènes vers un aspect négatif ou positif, il s'agit pour la plupart de

questionnements sans réponse et il subsiste toujours un doute, quant à l'interprétation à donner par rapport au schéma.

Une semaine et deux semaines plus tard, nous rencontrons de nouveau les sujets et nous leur demandons un rappel libre de l'histoire. Nous pouvions alors noter :

- les omissions de détails ;
- les modifications ou les ajouts de détails ;
- les ajouts de pensées des personnages.

Lorsqu'il s'agissait d'ajouts ou de modifications, il était jugé *a posteriori* si l'élément nouveau était sémantiquement en relation avec l'un des treize schémas testés et, dans un cas de relation, s'il correspondait à une activité dudit schéma. En ce sens, pour le schéma Méfiance par exemple, dans l'histoire originale il était dit : « Dans ce groupe d'inconnus il y avait un grand homme avec une drôle de barbe blanche qui regarda Éric dans les yeux... », une modification en relation avec le schéma pouvait être : «... un grand homme avec un drôle d'air... », une modification sans relation avec le schéma serait : «... avec une grande barbe blanche... ». De même, une modification en relation avec l'activité du schéma pouvait être : «... avec un air bizarre... » et une modification inverse à l'activité du schéma serait «... avec un air rigolo... » ou « ressemblant au Père Noël ».

Nos résultats montrent des différences entre les enfants anxieux et les non anxieux au niveau d'un certain nombre de schémas plus actifs chez les anxieux (Méfiance, Abandon, Attachement, Vulnérabilité et Dépendance). Ce qui pourrait correspondre à un pattern spécifique de l'anxiété de séparation. Nous avons déjà, dans une autre étude, retrouvé des différences entre enfants anxieux et enfants non anxieux allant dans ce sens.

Mais nos traitements nous apprennent surtout qu'il existe des différences entre les groupes d'enfants en fonction des rappels. S'il n'y a pas de différences significatives entre anxieux et non-anxieux pour les schémas Incompétence, Sacrifice, Vulnérabilité et Peur de Perdre le Contrôle, il y a plus d'omissions chez les enfants non anxieux aux deux rappels pour le schéma Isolement, et plus d'omissions pour les enfants anxieux aux deux rappels pour les schémas Méfiance, Abandon et Attachement. Nous noterons d'une part que ces derniers schémas apparaissaient déjà dans ce qui pourrait être le pattern spécifique de l'anxiété de séparation, et que d'autre part ces résultats sont en accord avec l'hypothèse d'un effet des schémas actifs sur la mémorisation des éléments d'une scène.

Tableau 3.5. Contenu sémantique des schémas étudiés.

Schéma	Rappel du contenu du schéma	Scènes du texte
Incompétence	Croyance en un niveau d'aptitude et de réussite inférieur à celui des autres...	Éric se demande s'il sera aussi fort que les autres enfants au football.
Carence émotionnelle	Plainte sur le manque de partage émotionnel avec les autres, le manque de considérations et d'affection...	Éric se demande s'il y aura des enfants parfois un peu tristes d'être loin de leur mère.
Isolement	Solitude, rejet des autres, incapacité à s'investir dans des relations sociales...	Éric se demande s'il aura des amis avec qui jouer, il voit des enfants qu'il connaît.
Auto-contrôle Insuffisant	Énerverment facile, manque de volonté pour achever les tâches, refus d'agir contre sa volonté...	Éric se demande s'il y a des corvées, s'il aimera les activités proposées.
Méfiance	Méfiance vis-à-vis d'autrui...	Éric voit des enfants et des adultes qu'il ne connaît pas.
Sacrifice de Soi	Abnégation, dévouement sans limites à la cause des autres...	Éric voit un garçon sur le quai qui a des difficultés à porter ses bagages seuls.
Sens Moral Implacable	Désir de perfection pour soi-même, incapacité à être satisfait par ses actions...	Éric termine de faire ses valises avant de partir.
Abandon	Sentiment que les relations appréciables avec autrui vont cesser, comme toujours...	Éric voit au loin un bon ami monter dans un autre wagon du train.
Attachement	Incapacité à se détacher de l'opinion et des influences des parents...	La mère d'Éric lui donne des conseils « ennuyeux » sur l'hygiène en colonie.
Vulnérabilité	Peur d'une catastrophe imminente...	Juste après avoir démarré le train s'arrête dans un crissement de freins.
Dépendance	Besoin des autres pour comprendre ce qui se passe et réaliser des actions...	Éric cherche quelqu'un pour l'aider à trouver sa place dans le train et à ranger ses bagages.
Inhibition Emotionnelle	Incapacité à exprimer des sentiments.	Éric se retrouve assis à côté d'une jeune fille qu'il aime beaucoup, mais sans jamais lui avoir dit.
Peur de Perdre le Contrôle	Peur de réagir impulsivement et de faire mal physiquement ou moralement à autrui...	Un garçon énervé bouscule Éric pour passer devant lui la porte du train.

Ce dernier effet trouve aussi une large justification par d'autres résultats de notre étude, comme le nombre de modifications dans le sens du schéma de la scène plus important chez les enfants anxieux en ce qui concerne les schémas Carence Emotionnelle, Méfiance, Abandon, Attachement et Dépendance pour les deux rappels, par exemple.

Ces derniers résultats sont sans doute la meilleure preuve de l'action des schémas et du fait que les enfants souffrant d'anxiété de séparation connaissent des processus cognitifs guidant le traitement de l'information dans un sens commun.

Bien d'autres comparaisons ont été réalisées, qui montrent des effets similaires sur les pensées associées aux schémas et sur le renforcement de l'action des schémas au fur et à mesure des rappels.

Les schémas ont une influence directe sur l'organisation de la mémoire. Il s'agit, bien entendu de l'expression de biais de traitement de l'information comme un bon nombre existe chez les sujets souffrant d'anxiété, et ce n'est qu'une conceptualisation qui nous permet de les développer en une notion de schémas. Mais il n'en est pas moins vrai que nous retrouvons ici d'une part l'une des conséquences que Bartlett sous-entendait à l'existence de schémas et d'autre part un aspect sémantique que Beck utilise comme appui à sa théorie en postulant qu'il n'est autre que l'expression du schéma au travers du symptôme. Il serait même assez facile de comprendre « sémantiquement » ou « schématiquement » le trouble des enfants anxieux de cette étude en considérant les schémas qui sembleraient se dégager en un pattern spécifique : Méfiance, Abandon, Attachement, Vulnérabilité et Dépendance. Cependant, il est bien trop facile et dangereux, quant au pouvoir que nous donnerions alors à un simple test, de tirer de telles conclusions *a posteriori*, et nous préférons limiter nos interprétations en ce sens.

L'intérêt de l'étude que nous venons de résumer repose sur ses répercussions possibles sur la pratique clinique. D'abord, elle nous en apprend un peu plus sur le fonctionnement de la maladie et du patient, ensuite elle nous fournit des instruments d'évaluation des biais mis en avant, et des outils de travail sur ces biais, comme l'illustre le cas de Yohann, jeune garçon de 11 ans souffrant d'une anxiété de séparation qui n'était pas l'un des sujets de l'étude précédente.

Yohann a un chien, une mère, est orphelin de père depuis cinq ans, est assez bon élève bien que dans les temps précédant notre rencontre il se soit arrangé pour ne pas avoir à passer différents contrôles, et ne se prive pas de manger du fromage après le dessert. Il est passé maître dans l'art de

manipuler son entourage pour avoir ce qu'il désire et se sert de son trouble à cet effet. Une brève anamnèse nous apprend que Yohann présente des symptômes liés à son anxiété de séparation depuis près de deux ans. L'expression principale de son trouble se caractérise par des crises d'angoisse rien qu'à l'idée de se retrouver en terrain inconnu, angoisse pouvant être modérée en fonction des figures protectrices qui l'accompagnent (mère, grands-parents, tante, certains camarades). Il anticipe les situations et connaît des nuits difficiles, des maux de ventre et de tête. Il n'est quasiment jamais confronté aux situations qui l'angoissent, mais lorsque cela arrive, la séquence est toujours la même : il perd de vue les figures protectrices dans un milieu inconnu → il pense que quelque chose (un malheur, un accident) va lui arriver et que personne de compétent dans la compréhension de son anxiété, ne sera là pour l'aider → l'anxiété l'envahit avec ses symptômes physiques confirmant l'arrivée de la catastrophe. Les idées de catastrophes sont liées à un accident d'avion qui, cinq ans plus tôt, l'a privé de son père.

Il connaît dans son milieu de nombreux facteurs de maintien : sa mère, ses grands-parents maternels et paternels, sa tante, le choient, excusent ses écarts de conduite et ses mauvaises notes, lui permettent d'aménager son environnement et son emploi du temps. Il rate ainsi l'école quand il le désire, regarde tardivement la télévision, et fait des sorties accompagnées fréquentes dans des lieux maintenant familiers comme cinéma, fast-food, etc. Sa mère n'a plus à proprement parlé de vie sociale depuis la perte de son conjoint, se dit « toujours seule » et « possessive » à l'égard de Yohann qui serait « tout ce qui lui reste de son mari ».

Depuis la mort de son père, Yohann est suivi en psychanalyse avec sa mère afin qu'ils puissent « réaliser leur deuil ». Sur les conseils de sa psychanalyste, il rencontre toutefois une autre psychologue, d'une approche différente afin de le préparer à un déménagement prochain. Ce déménagement dû à des raisons économiques entraîne un véritable bouleversement dans la vie de Yohann : changement de domicile, donc d'école, de galerie commerciale, de camarades... Yohann anticipe l'événement avec beaucoup de difficultés et de crises.

Un travail en TCC est alors élaboré avec Yohann, il doit se préparer au déménagement en imagination, sous relaxation, il doit *in vivo*, faire des exercices d'immersion préparée : trier ses jouets, faire une partie du chemin vers sa nouvelle demeure, prendre des repères. Toutefois, les exercices sont parfois difficiles à mettre en œuvre parce que Yohann interprète sans cesse négativement des signes autour de lui. Ainsi, un jour qu'il se retrouve devant la grille de sa nouvelle école, il voit passer un enfant de son âge qui le regarde avec un air « étrange », et Yohann y voit le signe qu'il ne sera pas bien accueilli, qu'il ne pourra pas avoir d'amis dans sa nouvelle classe parce que tous les autres ont déjà leurs amis et ne le connaissent pas. Il s'angoisse à l'idée d'être rejeté, et se crée des logiques interprétatives allant dans le sens de ses

angoisses. Un exercice plus poussé de restructuration se trouve alors justifié pour montrer à Yohann que ses interprétations sont abusives et qu'elles reposent sur le *filtre* de ses schémas.

Nous avons donc proposé à Yohann de suivre la procédure de l'étude portant sur le rappel du récit de vacances d'Éric. Son évaluation à l'Inventaire des Schémas pour Enfants, montre chez Yohann la prépondérance des schémas Attachement, Vulnérabilité, Abandon et Dépendance. L'analyse des rappels que fait Yohann fait ressortir de nombreuses modifications dans le sens des schémas Abandon (sentiment que les relations appréciées avec les autres vont cesser, comme d'habitude) et Vulnérabilité (peur d'une catastrophe imminente).

Sens Moral Implacable	Ce matin, Éric part pour un mois en colonie de vacances loin de chez lui. Il s'est réveillé un peu plus tôt que d'habitude. Il est assis par terre dans sa chambre et termine de ranger ses affaires dans sa grande valise. Il fait attention à ne rien oublier et, au fur et à mesure qu'il place une affaire dans la valise, il la coche sur sa liste des choses à emporter pour le voyage. Il essaie de bien ranger ses affaires dans la valise pour gagner de la place car il a beaucoup de choses à prendre pour partir et il voudrait ne rien devoir laisser à la maison.
Attachement	La mère d'Éric entre dans la chambre et lui dit de se dépêcher un peu de remplir la valise parce qu'ils doivent bientôt partir à la gare. Elle lui demande s'il n'a rien oublié. Elle lui rappelle qu'en colonie, même si c'est les vacances et que l'on s'amuse, il y a des choses à faire comme à la maison. Elle lui dit qu'il doit penser à bien se laver partout et se brosser les dents plusieurs fois par jour, qu'il doit bien manger, surtout ses légumes et sa viande, qu'il doit éviter de faire des bêtises. Elle lui dit aussi qu'il doit penser à l'appeler souvent et à lui écrire.
Carence Emotionnelle	La mère d'Éric quitte la chambre en disant qu'elle va bientôt sortir la voiture du garage. Éric la regarde descendre l'escalier et pense que bientôt ils seront loin l'un de l'autre, pour tout un mois. C'est la première fois qu'il part en colonie et il ne sait pas si les autres enfants sont tristes d'être loin de chez eux aussi longtemps, il se dit que peut-être certains pleurent le soir en pensant à leurs parents. Il vérifie qu'il a bien mis dans sa valise le papier à lettre et les enveloppes avec l'adresse de la maison dessus. Il se demande aussi ce que les parents pensent quand les enfants partent.

(suite)

Auto-contrôle Insuffisant	<p>Éric et sa mère sont assis dans leur petite voiture qui roule vers la gare. Il pense à la colonie et se demande quelles seront les activités proposées, si elles lui plairont. Il aime bien faire du sport, des randonnées et des jeux de société. Il pense qu'il y aura des moments pour jouer, mais il pense aussi qu'il y aura parfois des corvées pendant la journée, comme faire la vaisselle ou peut-être nettoyer sa chambre, ou peut-être même faire à manger, mettre la table le midi ou le soir. En tout cas, c'est les vacances et il n'aura pas de devoirs d'école comme pendant le reste de l'année.</p>
Incompétence	<p>Éric et sa mère sont arrivés. La voiture est bien garée dans le parking et ils entrent dans la grande gare remplie de monde. Éric voit un autre garçon de son âge, habillé en survêtement, qui porte un ballon de football jaune et bleu. Il se demande s'il y aura d'autres enfants que lui qui aiment jouer au football. Il se demande s'ils pourront faire plusieurs équipes, des bonnes et des moins bonnes pour faire des tournois, si il y a un terrain de foot à la colonie. Il ne sait pas si les autres garçons sont forts en sport et s'ils aiment ça comme lui.</p>
Méfiance	<p>Éric avance dans la gare en tirant sa valise derrière lui. Il regarde toutes ces personnes autour de lui dans le grand hall. Il voit des personnes seules qui attendent sans bouger, d'autres qui marchent très vite, qui courent, beaucoup qui regardent le grand panneau des départs et des arrivées. Il passe devant un chien qui dort au bout de sa laisse, il passe devant un groupe d'inconnus et dans ce groupe d'inconnus il y a un grand homme avec une drôle de barbe blanche qui regarda Éric dans les yeux pendant quelques instants. Il voit des policiers qui regardent tout autour d'eux pour vérifier que tout va bien.</p>
Isolement	<p>Au loin il voit un groupe de quatre enfants de son école, deux filles et deux garçons, il les reconnaît. Il pense qu'ils doivent eux aussi aller en colonie de vacances. Si c'est dans la même colonie que la sienne, ils pourront jouer ensemble. Éric pense aussi qu'il pourra peut-être se faire d'autres copains et copines avec qui jouer et avec qui discuter. Il regarde les enfants autour de lui, des filles et des garçons, des plus grands et des plus petits que lui, certains sont avec leurs parents comme une petite fille toute blonde. Il se demande si parmi tous ces enfants il se fera des amis.</p>
Sacrifice de Soi	<p>Éric et sa mère arrivent sur le quai numéro sept où le train est prêt au départ. Devant lui il y a toujours beaucoup d'enfants accompagnés de leurs parents. Il y a un garçon pas très grand, avec une casquette rouge, qui porte sa valise sans roulette très difficilement. Il la soulève, la balance un peu devant lui et la laisse retomber par terre. À chaque fois il râle un peu en faisant son mouvement. Il fait parfois une pause pour souffler. Il avance comme cela, tout doucement, mètre par mètre. Sa valise doit être un peu trop lourde pour qu'il puisse la porter tout seul, il aurait besoin d'aide.</p>

(suite)

Peur de Perdre le Contrôle	<p>Éric arrive enfin devant la porte de son wagon, il y a une affiche collée dessus avec le nom de la colonie. Il embrasse sa mère très fort, encore une fois, pour lui dire au revoir. Puis, il va pour monter la première marche du wagon. C'est alors qu'un garçon, avec un short et des chaussures de randonneur, le bouscule et passe devant lui avec sa valise et un sac en bandoulière, sans faire attention. Éric recule un peu pour le laisser passer et attend qu'il soit bien monté dans le train avant de le suivre. Il se retourne et sourit à sa mère qui lui sourit aussi.</p>
Abandon	<p>Comme il est en haut des marches, Éric se penche un peu pour regarder une dernière fois les autres wagons et les autres enfants sur le quai. Alors, il voit Paul, un bon copain de sa classe qui monte dans le train, deux wagons plus loin. Paul aussi l'a vu et ils se font signe de la main avant d'entrer dans leur wagon respectif. Il ne sait pas si Paul va dans la même colonie que lui, ils n'en ont pas parlé avant. Mais peut-être qu'ils se verront dans le train, peut-être qu'ils se retrouveront à l'arrivée, peut-être pas. Il se souvient que Paul le fait souvent rire.</p>
Dépendance	<p>Éric avance péniblement dans son wagon où de nombreux enfants de son âge sont déjà assis, et où d'autre bougent dans tous les sens. Il se faufile dans la rangée du milieu. Il y a beaucoup de bruit, des rires et des cris. Il cherche du regard un adulte accompagnant pour lui demander où il doit s'asseoir. Il aurait aussi besoin que quelqu'un l'aide pour soulever sa valise et la mettre dans les paniers au-dessus des fauteuils. Une monitrice vient le rejoindre avec un large sourire, lui demande son nom et son prénom pour les vérifier sur sa feuille, puis elle lui montre sa place et range sa valise.</p>
Inhibition Emotionnelle	<p>Éric s'assoit à la place qu'on lui a indiquée. Il se rend compte tout de suite qu'à côté de lui, à la place contre la fenêtre, il y a Christine. C'est une fille de son école qu'il trouve très jolie. Elle n'est pas dans la même classe que lui et ils ne se sont pas parlés très souvent, mais Éric la connaît bien. Elle est habillée en jeans avec une chemisette blanche. Ses cheveux sont longs et roux. Elle le reconnaît et lui dit bonjour gentiment, puis elle se retourne pour regarder ses parents qui sont sur le quai, et tapent sur la fenêtre pour attirer son attention.</p>
Vulnérabilité	<p>Le train démarre et quitte doucement le quai. Les enfants dans le wagon crient tous. Éric se met debout pour bien voir sa mère sur le quai et pour lui faire encore des grands signes. Elle est à côté des parents de Christine. À un moment, avant de sortir de la gare, le train freine et Éric entend les freins crisser. Il est un peu bousculé et manque tomber parce qu'il ne se tenait pas et n'était toujours pas assis. Alors Éric, qui ne peut plus voir sa mère, s'assoit. Le train ne s'arrête pas complètement, il siffle une fois et accélère de plus bel pour un mois de vacances.</p>

Note : Pour les filles, il est question de l'histoire de la petite Christelle qui se trouve en annexe.

Après l'écoute de l'histoire d'Éric, l'exercice de modification des schémas s'est déroulé sur deux semaines.

La première semaine nous avons repris les rappels de Yohann et dans un entretien semi-structuré, nous avons d'abord exploré les modifications et les inférences qu'il avait faites (voir exemple tableau 3.6) sur les deux schémas en question (Abandon et Vulnérabilité). Le but est de comprendre le sens de ces modifications et inférences en termes de postulats silencieux et savoir comment ces inférences peuvent aussi avoir de l'importance dans la vie de Yohann. Trois postulats que l'on peut mettre en relation avec la situation actuelle de Yohann, mais qui s'expriment aussi dans d'autres situations ressortent clairement : « Si je ne suis pas là, mes amis ne peuvent pas s'en sortir » ; « Quand on déménage/voyage y'a toujours autre chose qui se passe » ; « Si je ne suis pas là, les gens m'oublient ».

La séance de la première semaine de travail sur ces schémas se poursuit par une confrontation des rappels de Yohann avec l'histoire originale (voir tableau 3.7). Sont recherchées des explications « cognitives » aux distorsions des souvenirs.

Même si Yohann n'accepte pas d'emblée chacune des raisons que tente d'aborder le thérapeute, il prend conscience de certains de ses fonctionnements. Reste pour lui à poursuivre ce travail dans la semaine en repensant à certains événements, en essayant d'y repérer des distorsions, mais aussi d'imaginer le point de vue de chacun des protagonistes de ces événements.

La seconde séance de travail sur les schémas s'articule autour des événements auxquels Yohann a pensé durant la semaine, avec les mêmes intentions de mise en avant d'inférences et de biais d'interprétation, de leurs processus et des alternatives. Mais il s'agit aussi d'aller un peu plus loin et de faire exprimer à Yohann, à partir de toutes ces réflexions, les craintes que le déménagement prochain fait naître. Il en ressort par exemple qu'il a peur de perdre sa mère lors d'événements non communs et de ce déménagement en particulier, de mourir et d'abandonner ainsi sa mère, de perdre son chien durant le déménagement mais plus encore que son chien « s'en foute » et trouve un autre maître.

Reprenant les items de l'ISPE concernant les schémas Abandon et Vulnérabilité, en fin de deuxième séance, il semble que Yohann présente déjà une amélioration. Mais, la valeur de cette évaluation est très discrète. Toutefois, Yohann semble capable d'analyser les scènes de manière différente, en y considérant des alternatives et des points de vue extérieurs aux siens.

*Tableau 3.6. Exemple de recherche de postulats silencieux à partir des modifications rapportées par Yohann.*

Discours	Remarques
Thérapeute : « Tu t'es souvenu que quand Éric monte dans le train, il voit un ami monter dans un autre wagon. Et tu as dit autre chose aussi... »	<i>C'est la situation du schéma Abandon</i>
Yohann : « Oui, ça lui fait drôle de voir son ami monter dans un autre wagon... Ils se regardent et ils se sentent tristes. »	<i>Il n'y a donc aucun sentiment des personnages repris dans le texte original.</i>
Thérapeute : « Mais pourquoi ils se sentent tristes ? »	
Yohann : « Parce qu'ils ne vont pas se voir pendant le voyage. »	
Thérapeute : « Mais ils vont se retrouver après ? »	<i>Rien n'est précisé à ce propos dans le texte original.</i>
Yohann : « Mais ça ne sera plus pareil. »	
Thérapeute : « Pourquoi ? C'est pas la première fois qu'ils ne sont pas ensemble quelque part. »	<i>L'embarras de Yohann apparaît à ce moment.</i>
Yohann : « Oui, mais là ils font un voyage, et c'est plus important. »	
Thérapeute : « Il va se passer quelque chose ? »	
Yohann : « Ils vont peut-être rencontrer des autres garçons et se faire des autres copains. »	<i>Des indications comme celles-ci sont notées pour servir par la suite.</i>
Thérapeute : « Mais c'est bien de se faire d'autres copains. »	
Yohann : « Oui, mais eux, ils ne seront plus amis pareil qu'avant. »	
Thérapeute : « Tu crois que parce qu'ils se font d'autres copains ils ne seront plus amis ? »	<i>Le thérapeute tente d'aller plus loin pour ne pas rester dans un contexte précis mais atteindre une règle schématique générale.</i>
Yohann : « C'est surtout qu'ils vont plus se voir, alors avec les autres copains, ils vont plus penser à eux. »	
Thérapeute : « C'est comme ça que ça se passe ? »	<i>Cette reformulation sert à vérifier la bonne compréhension du postulat de Yohann.</i>
Yohann : « Oui, quand les gens ne se voient plus ils s'aiment plus. »	
Thérapeute : « Et pourquoi ils ne s'aiment plus ? »	
Yohann : « Parce qu'ils pensent plus à eux, ils s'oublient ? »	<i>La séquence s'est bien entendue prolongée avec une recherche de quelques exemples provenant de l'expérience de Yohann.</i>

Tableau 3.7. Exemple de confrontation des rappels de Yohann avec l'histoire originale.

Discours	Remarques
<p>Thérapeute : « Tu as dit que le train freine, que ses roues font des étincelles, et que tout le monde dans le train est bousculé. C'est bien cela ? »</p> <p>Yohann : « Oui, c'est comme quand on freine dans la voiture, on est projeté en avant. »</p> <p>Thérapeute : « Tu es sûr que c'était dans l'histoire que tu as entendue ? Ce n'était pas autre chose ? »</p> <p>Yohann : « Oui, même qu'Éric a un peu peur. »</p> <p>Thérapeute : « Tu vois, dans l'histoire que tu as entendu, il n'y a pas d'étincelles aux roues, et Éric n'a pas un peu peur. Je te promets que tu as bien entendu cette histoire-là il y a trois semaines. »</p> <p>Yohann : « Oui, mais c'est presque pareil, les roues elles font des étincelles et Éric a sûrement un peu peur, parce qu'il ne sait pas ce qui se passe. »</p> <p>Thérapeute : « Mais, si tu écoutes bien l'histoire, on ne sait pas si Éric ne sait pas ce qui se passe. Il est juste dit que le train s'arrête brusquement avant d'être sorti de la gare, qu'Éric qui n'était pas assis est un peu secoué... c'est tout. Et puis le train repart aussitôt, il n'y avait rien de grave. Alors pourquoi tu penses qu'Éric a peur ? »</p> <p>Yohann : « Je sais pas... Mais, il doit quand même être un peu inquiet. »</p> <p>Thérapeute : « Tu serais inquiet, toi, à la place d'Éric ? »</p> <p>Yohann : « Oui, c'est normal. »</p> <p>Thérapeute : « Mais, peut être qu'Éric n'a pas été inquiet, peut être que la plupart des enfants ne seraient pas inquiets. Peut-être que c'est parce que tu es toujours un peu inquiet au départ que tu imagines des choses... »</p> <p>Yohann : « Ma tante aussi elle dit ça. »</p> <p>Thérapeute : « Et tu as des exemples de moments où ta tante dit cela ? »</p> <p>Yohann : « L'autre jour.../... »</p>	<p><i>Le thérapeute avait l'enregistrement du rappel de Yohann pour étayer ses dires si besoin était</i></p> <p><i>À ce moment le thérapeute fait de nouveau écouter le passage en question de l'histoire.</i></p> <p><i>Le thérapeute recherche aussi les processus propres aux schémas expliquant ces inférences et modifications : biais d'attribution, contraintes excessives, etc.</i></p> <p><i>C'est aussi sur le doute engendré chez Yohann grâce à cette confrontation que le travail se fera.</i></p> <p><i>Il s'agit d'une prise de conscience que Yohann doit connaître afin de pouvoir travailler sur l'ensemble des situations de sa propre vie.</i></p>

Pour Yohann, le travail aurait pu se poursuivre ici par des tâches assignées sur les événements entre chaque séance, par une réflexion sur des souvenirs.

Nous noterons que l'histoire d'Éric qu'a entendue Yohann est un peu différente que celle présentée lors de l'expérience avec les autres enfants souffrant d'anxiété de séparation. Elle est en fait simplifiée car il n'était plus question ici d'avoir des parties égales en termes de mots et de détails à rappeler et l'accent est davantage mis sur les possibilités d'interprétation.

Les règles dysfonctionnelles pourront être facilement atteintes par des modifications générales lors du rappel de l'histoire. Ainsi, par exemple, pour la partie liée au Sens Moral Implacable, les rappels tournent souvent autour d'une description de l'obsession dans la préparation de la valise, il est rappelé des éléments du type : « Il retire les affaires et les range plusieurs fois, il essaie de les ranger le mieux possible. » Pour l'Attachement, les rappels biaisés peuvent tourner autour de l'idée qu'Éric sait que sans sa mère il ne saura pas quoi faire. Pour la Carence Emotionnelle, beaucoup de jeunes patients expliquent qu'Éric pleure un peu, qu'il est triste de devoir partir. Pour l'Auto-Contrôle Insuffisant, les modifications les plus en rapports avec le schéma pathogène sont du type : « Il sait qu'il n'aime pas faire les corvées et qu'il va tout faire pour ne pas les faire. » De faibles performances au football sont rapportées pour l'Incompétence. La partie Méfiance est créée pour que les enfants ayant ce schéma exacerbé insistent sur le rôle menaçant de la police, sur un air patibulaire de l'inconnu à la barbe blanche. Des rappels biaisés schématiquement par l'Isolement ressembleront à : « Éric sait bien qu'il va se retrouver tout seul, qu'il n'aura pas d'amis. » Éric est poussé à aider le pauvre garçon qui porte une valise trop lourde lors de modifications par le Sacrifice de Soi. Quant au garçon qui bouscule Éric, par la Peur de Perdre le Contrôle, il risque de se prendre une baffe. Le schéma Abandon, comme c'est le cas pour Yohann, fera que le passage de Paul est vu comme la fin d'une amitié. « Une fois dans le wagon, comme il a quitté sa mère, sans adulte Éric ne peut rien faire, et il ne sait même pas ce qu'il doit faire » est un exemple de rappel biaisé par le schéma Dépendance. L'Inhibition Emotionnelle laisse croire qu'Éric n'ose pas dire à Christine qu'il est amoureux d'elle, et qu'il n'osera jamais le faire. Enfin, la Vulnérabilité transforme le bref arrêt du train en un moment de réel danger.

Mais les schémas ont aussi des actions sur l'ensemble de l'histoire, et un schéma Vulnérabilité engendrera aussi des rappels pouvant être

modifiés sur le passage Auto-Contrôle Insuffisant dans un sens de danger dans la petite voiture, il fera que le garçon bousculant Éric à l'entrée du wagon l'a quasiment blessé, etc. Par expérience, nous pouvons dire que le produit des schémas est parfois étonnant, mais qu'il se repère facilement.

On trouvera aussi dans ce volume les histoires du grand Éric et de la grande Christelle, personnages adultes qui servent de la même façon pour les adultes, même si leurs histoires sont orientées un peu plus négativement que celles destinées aux enfants.

### *Thérèse, 48 ans, anxiété généralisée et personnalité paranoïaque*

Nous sommes partis de la simple constatation que de nombreuses observations cliniques montrent que les personnes anxieuses surestiment sans cesse les menaces de leur environnement, et sous-estiment leurs capacités à les affronter (Carver et Scheier, 1988), comme une personne peureuse surestimerait toujours la peur qu'elle va rencontrer dans une situation menaçante (Taylor, 1994, 1995). Un biais attentionnel sélectif fera que les individus anxieux traiteront en priorité les stimuli relatifs à leur anxiété, et un biais d'interprétation fera que ces individus auront tendance à interpréter tout stimulus ambigu comme en relation avec leur anxiété (Eysenck et Byrne, 1994 ; Liebman et Allen, 1995). Ce phénomène serait à l'origine de la forte fréquence de fausses alarmes que l'on retrouve chez les sujets anxieux, fausses alarmes qui renforcent l'anxiété car elles participent à l'inquiétude.

Ce phénomène semble être un cercle vicieux qui construit, maintient, entretient les structures et processus responsables de l'anxiété, et en particulier les schémas.

À propos de ces surestimations et sous-estimations des menaces de l'environnement et des capacités à y faire face, Nesse et Klass (1994) se sont posé la question de savoir si les sujets anxieux n'étaient pas tout simplement objectifs, car ils savaient que les personnes non anxieuses ont, elles, une tendance systématique à surestimer les risques des événements rares, sous-estimer ceux des événements communs et en particulier les risques sur eux-mêmes. Ils ont alors proposé d'estimer des risques comme le fait qu'un avion s'écrase sur leur maison, ou le fait d'attraper un rhume en hiver, à des sujets anxieux pathologiques et des sujets non anxieux. Mais les résultats de leur étude ne montrent que très peu de différences significatives entre ces deux populations, laissant penser que les sujets anxieux font des estimations cognitives des risques comme tout le monde. Ce serait donc bien les stimuli ambigus qui profiteraient d'interprétations menaçantes systématiques,

et les mauvaises estimations des patients anxieux seraient dues à un traitement inconscient. Relevons que dans une expérience d'évaluation de probabilité d'événements, Butler et Mathews (1983) ont montré, que les patients anxieux évaluaient les items positifs comme les sujets témoins, mais les items négatifs comme ayant plus de chance de leur arriver.

Dans une étude, nous avons cherché à repérer ces biais d'estimations d'apparition des événements chez des sujets anxieux, en croisant des variables telles qu'événement positif ou négatif, rapport à soi ou aux autres et forte ou faible probabilité objective d'apparition. Nos résultats, obtenus auprès de femmes souffrant d'anxiété pathologique, montrent l'importance de ces biais dans le traitement de l'information. Les femmes anxieuses évaluant les événements négatifs comme ayant plus de chances de se produire surtout lorsqu'ils les concernent directement, alors que les femmes non anxieuses considèrent ces événements comme moins probables. Pour cette étude, nous avons construit une liste de seize événements (tableau 3.8) auxquels une probabilité, en pourcentage, était demandée selon qu'ils s'adressaient à soi ou aux autres ; matériel que nous pouvons reprendre facilement dans la pratique clinique et pour le cas de Thérèse.

*Tableau 3.8. Items utilisés pour l'estimation d'occurrence d'événements.*

<b>Événements positifs de faible probabilité</b>	...gagner une fois plus de 15 000 euros au loto en jouant toute sa vie deux fois par semaine. ...vivre plus de 100 ans. ...trouver une belle somme d'argent dans la rue. ...passer un hiver sans être malade une seule fois
<b>Événements négatifs de faible probabilité</b>	...se cogner le petit orteil contre le pied d'un meuble le matin. ...revenir des sports d'hiver avec une jambe cassée. ...ne pas se réveiller au moins une fois sur une année, à cause d'une panne de réveil. ...se brûler, sur une semaine, en cuisinant.
<b>Événements positifs de forte probabilité</b>	...gagner au moins 2 euros en grattant 10 tickets de loterie. ...trouver une pièce par terre, sur une semaine. ...sortir vivant d'un accident de voiture. ...ne jamais être cambriolé de toute sa vie.
<b>Événements négatifs de forte probabilité</b>	...attraper un rhume cet hiver. ...mourir d'un cancer. ...rayer sa voiture ou avoir un accident, sur une année. ...tomber dans un embouteillage en traversant une grande ville aux heures de pointe.

Thérèse, âgée de 48 ans est coiffeuse dans une petite ville où tout le monde se connaît. Elle a deux enfants, une fille de 25 ans, étudiante en commerce qui vit avec son ami à une cinquantaine de kilomètres et un garçon de 18 ans redoublant son baccalauréat qui « squatte » chez elle. Elle est divorcée depuis trois ans d'un époux qui avait une bonne situation financière mais aussi des penchants très marqués pour le foot, la bière et les autres femmes. Il est possible de considérer la vie de Thérèse comme calme, saine et rangée. Elle n'abuse de rien, tient sa maison avec rigueur, se couche avec les poules et se lève avec le soleil. Elle a toutefois peu de divertissements, une seule amie sincère et quasiment aucune perspective personnelle. Thérèse a tout de même deux gros problèmes qui lui occupent presque tout son temps libre.

D'abord, elle s'inquiète pour tout. Depuis la séparation d'avec son époux, cinq ans auparavant, elle se sent investie d'une mission quasi divine et comme elle aime le dire : « Si je ne fais pas attention pour les autres, tout ira de travers. » Aussi, elle tente de gérer la vie de tous les siens :

- son fils dont elle prévoit les révisions, les sorties, dont elle juge les petites amies... ;
- sa fille qu'elle voudrait voir plus proche d'elle géographiquement, à laquelle elle voudrait inculquer quelques « notions essentielles » de vie de couple, chez laquelle elle va régulièrement faire le ménage en cachette (elle a un double des clefs de l'appartement)... ;
- son amie qu'elle ne peut s'empêcher de critiquer sur sa vie pleine de rencontres, de cigarettes, d'alcool, de sorties... ;
- son ex-mari pour lequel elle tient encore les comptes de sa petite entreprise de peinture et pour la santé duquel elle se fait bien du souci car il a connu quelques problèmes dont il ne sait tirer aucun enseignement... ;
- son patron pour lequel elle se dévoue corps et âme, enfin surtout l'âme car pour le corps, elle a déjà repoussé quelques avances, même si elle n'hésite pas à faire des heures supplémentaires non rémunérées pour que le salon soit bien tenu...

Elle aime savoir quand les siens sortent et exige qu'ils lui donnent des heures de rentrée. Alors elle veille en attendant des coups de téléphone et, après un certain temps, elle les passe elle-même. Comme son ex-mari, par exemple, n'aime pas beaucoup la prévenir de ses allers et venues et qu'ils n'habitent qu'à un kilomètre l'un de l'autre, elle se déplace parfois durant la nuit pour vérifier que sa voiture est bien garée devant la maison et, qu'il n'est pas encore parti fêter une victoire de son équipe dans un troquet du coin. Auquel cas, elle n'hésiterait pas d'ailleurs à aller le chercher quitte à le raccompagner chez lui, même en belle compagnie.

Cette façon de penser entraîne chez Thérèse beaucoup de crises d'angoisses assez diffuses, mais de plus en plus difficiles à supporter. Comme elle le dit : « Tout était beaucoup plus simple quand tout le monde était sous le même toit, mais maintenant que les enfants grandissent et que mon mari n'est plus là... enfin, pour l'instant, ma grande n'a pas encore fait la

connerie de tomber enceinte... ce serait une catastrophe, elle ne saurait pas s'occuper d'un bébé, et moi je n'aurai pas le temps. » Mais les autres oscillent entre les bénéfices de la situation et l'énerverment que provoquent les attitudes de Thérèse, qu'ils supportent de moins en moins, car elle en fait de plus en plus.

Le second gros problème de Thérèse est qu'elle est persuadée que les autres se liguent pour lui rendre la vie un peu plus difficile. Elle est persuadée que dans sa petite ville les autres la regardent avec mépris, ne comprenant pas pourquoi elle agit de la sorte avec son mari alors que celui-ci l'a quittée, « mais ils ne savent pas que moi, quand j'ai aimé quelqu'un c'est pour la vie ». Elle pense que son patron ne veut que profiter d'elle pour le salon et se méfie de lui lorsqu'il lui fait des compliments, voire des avances : « C'est juste pour que je continue à travailler pour lui, mais si je cède au bout d'un temps, il va me jeter comme une vieille chaussette. » Comme son patron a eu, en plus, il y a plusieurs années, une aventure avec sa meilleure amie, Thérèse pense qu'ils sont encore très intimes et qu'ils fomentent des plans pour l'exploiter encore plus, alors qu'elle sait qu'elle fait déjà le maximum. Elle en parle souvent à son amie lors de leurs fréquentes disputes. En fait, Thérèse en parle souvent à tous ses proches et déclenche généralement des colères... Mais tout ce petit monde se complaît dans cette situation, et si tous reprochent à Thérèse son ingérence et ses « délires », personne ne fait quoi que ce soit pour les empêcher, mis à part lui conseiller d'aller voir un psy. Ce qu'elle se décide de faire un jour, consciente de ses travers... ou presque.

Chez le psy, Thérèse opte pour la relaxation avec la possibilité de se confronter dans cet état à des situations qui l'angoissent fortement. Elle accepte quelques exercices d'immersion, comme ne pas téléphoner à sa fille pendant toute une journée ou ne pas aller vérifier après minuit que son ex-mari est bien rentré. Mais, d'une part, le classement des situations sur des échelles d'anxiété est assez difficile pour elle car elle considère presque tout comme anxiogène au maximum, et, d'autre part, elle reste intimement convaincue du bien fondé de ses attitudes, même si elle accepte que parfois elle exagère. Pour chaque situation, elle sait trouver une raison, un exemple tiré ou non d'une émission télé, qu'elle met en avant pour appuyer son expression favorite : « Ça n'arrive pas qu'aux autres. » Une restructuration cognitive est donc aussi proposée avec dans l'idée de faire accepter à Thérèse qu'elle n'évalue pas correctement les probabilités d'apparition des événements, et que cela est dû à ses schémas.

*Dans un premier temps*, Thérèse a rempli le questionnaire de schémas SQII à cent soixante items. Plusieurs schémas sont ressortis prégnants c'est-à-dire avec une moyenne supérieure à 4, mais nous avons décidé de nous intéresser surtout au trois plus importants, dont la moyenne était

supérieure à 5, à savoir : Méfiance, Sacrifice de Soi et Vulnérabilité. À ce moment, nous n'avons toutefois pas encore décrit les résultats à Thérèse.

*Dans un deuxième temps*, nous avons demandé à Thérèse d'évaluer les événements du tableau 3.8 en commençant par répondre par une probabilité exprimée en pourcentage que ces événements arrivent à un inconnu, puis, toute la liste faite, en répondant de la même façon mais en considérant que ces événements arrivent à elle ou aux siens.

*Dans un troisième temps*, nous lui avons expliqué la théorie des schémas en prenant pour exemple le livre racontant l'histoire de Louise et Valentine. Nous lui avons décrit les treize schémas évalués par le questionnaire en lui demandant ses réflexions sur chacun. À ce jeu, Thérèse ne se décrivait pas comme influencée par les schémas qui pourtant ressortaient de son évaluation. Lorsque toutefois elle se laissait aller à dire qu'elle pouvait, par exemple, avoir parfois des difficultés à exprimer ses sentiments, et donc être quelque peu influencée par un schéma d'Inhibition Emotionnelle, elle se reprenait tout de suite et justifiait sa réponse avec des phrases du type : « D'un autre côté, j'ai encore vu à la télé l'histoire d'une femme qui a trop vite dit qu'elle aimait un homme, lui a tout donné et a tout perdu, comme quoi, il vaut mieux souvent se retenir et faire attention, voir d'abord comment les choses se passent... Souvent, nous les femmes, on tombe dans le panneau, et si les hommes sont gentils c'est pas toujours gratuit ! »

Enfin, nous avons analysé avec Thérèse à la fois ses résultats aux questionnaires de schémas et ses réponses aux questionnaires sur les événements, pour lesquelles les différences de probabilités entre les deux passations — pour soi/pour les autres — étaient éloquentes.

Un tel travail (tableau 3.9) est assez facile sur le schéma Vulnérabilité car il peut trouver directement son expression dans les évaluations de la patiente qui, se trouvant effectivement plus vulnérable et considérant que ses proches le sont également, s'est clairement *laissée entraîner* par ses biais cognitifs dans ses évaluations. D'une manière purement sémantique, comme Thérèse rattache son abnégation à la faiblesse des autres, il est tout aussi aisé de la faire revenir sur le schéma Sacrifice de Soi dans les mêmes exemples. Par contre, l'aspect quelque peu paranoïde de sa personnalité qui pourrait dans son cas être rapproché de l'expression du schéma Méfiance ne pourra pas être mis en exergue exactement de la même manière. Conscient de ce problème, c'est dans une seconde phase de l'analyse des résultats, lorsque Thérèse avait bien compris le fonctionnement du jeu sur les schémas, que nous lui

Tableau 3.9. Exemple de confrontation des deux évaluations de Thérèse.  
Travail sur la Vulnérabilité et le Sacrifice de Soi.

Discours	Remarques
<p>Thérapeute : « Alors, à “Se brûler en cuisinant sur une semaine”, vous estimez que cela n’arrive que très rarement à un inconnu, avec 4 % de chance, par contre pour vous et vos proches, cela passe à 30 %... Vous êtes si nuls en cuisine dans votre famille ? »</p>	<p><i>Le but est de conduire Thérèse à exprimer des règles sur lesquelles nous travaillerons.</i></p>
<p>Thérèse : « Ne m’en parlez pas, un jour mon mari s’est presque coupé un doigt juste en coupant du pain. »</p>	<p><i>On voit ici le besoin d'exemple de la patiente.</i></p>
<p>Thérapeute : « Il y a donc souvent des personnes brûlées autour de vous ?... Avec 30 % de chance... »</p>	<p><i>Mise en évidence de la contradiction.</i></p>
<p>Thérèse : « Non, mais parce que je suis là pour faire à manger et faire attention... sinon, ce serait une catastrophe. »</p>	<p><i>La règle dysfonctionnelle peut être envisagée ici.</i></p>
<p>Thérapeute : « Cela veut donc dire que, pas vous, mais vos enfants, votre ex-mari, etc., sont moins doués que la moyenne ? Et qu’en plus ils n’ont vraiment pas de chance. »</p>	<p><i>On insiste ici sur la contradiction déjà exprimée pour en révéler d’autres.</i></p>
<p>Thérèse : « En fait, ils sont comme les autres, peut-être juste qu’ils font moins attention, mais faut leur rappeler et tout peut se passer correctement. »</p>	<p><i>Il y a toujours ce moment où le patient comprend que le thérapeute va gagner, et on peut souvent déceler une certaine gêne.</i></p>
<p>Thérapeute : « Et si cela était juste le reflet de vos schémas Sacrifice de soi et Vulnérabilité ? Parce que si je ne me trompe pas, votre fille et votre ex-mari cuisinent seuls depuis des années, et ne se brûlent pas pour autant presque une semaine sur trois ? »</p>	<p><i>Le thérapeute recherche aussi les processus propres aux schémas expliquant ces inférences et modifications : biais d’attribution, contraintes excessives, etc.</i></p>
<p>Thérèse : « C’est possible que j’exagère un peu, mais mon mari mange souvent au resto, et puis il passe à la maison assez souvent pour voir son fils et il dîne avec nous. Ma fille, elle, c’est une moderne, elle fait surtout des pizzas, des trucs au micro-ondes, c’est pas pareil ».</p>	<p><i>Il est possible de relever un petit moment de fuite sur lequel on peut insister pour recentrer les choses.</i></p>
<p>Thérapeute : « Mais ma question concernait l’influence de vos schémas sur cette évaluation, les filtres dont nous avons parlé, qui peut être vous font interpréter les choses d’une certaine manière ? »</p>	<p><i>C’est ici une manière d’insister.</i></p>

Tableau 3.9. (suite)

<p>Thérèse : « Bon, je ne peux pas vous dire non, c'est vrai que j'ai un peu poussé en disant 30 %. Mais je vous jure que mon mari est très mauvais en cuisine. »</p>	<p><i>L'acceptation est souvent accompagnée d'une dernière tentative, échappatoire.</i></p>
<p>Thérapeute : « Et si vous pouviez considérer froidement l'action de ces schémas, si vous ne pensiez pas Vulnérabilité, Sacrifice de Soi, est-ce que vous auriez tout de même considéré que dans votre famille les risques sont plus importants, et si oui, pour quelle raison ? »</p>	<p><i>Il y a acceptation des erreurs d'évaluation pour Thérèse et cet exemple pourra être repris pour toute la restructuration... elle identifie les schémas et leurs actions.</i></p>
<p>Thérèse : « Non, en fait, ça doit être presque pareil pour tout le monde, sauf que je fais quand même assez attention. C'est vrai que mes schémas peuvent m'influencer quand je pense des choses comme cela. »</p>	<p><i>Il s'agit d'engendrer la généralisation d'un nouveau mode de raisonnement qui fournira des alternatives.</i></p>
<p>Thérapeute : « Alors reprenez tout de suite les autres évaluations et voyez comment vos schémas vous guident ? »</p>	
<p>Thérèse : « Sur les embouteillages, c'est sûr que j'ai dit n'importe quoi.../... »</p>	

avons proposé d'analyser elle-même les biais liés au schéma Méfiance (tableau 3.10).

Cet exercice de restructuration permet à Thérèse d'exprimer clairement certaines règles dysfonctionnelles et de les rattacher à la notion de schémas, donc de trouver une cause *méta-cognitive*, tout au moins dans sa propre représentation, à son trouble.

Les exercices se poursuivent sur l'analyse d'événements de vie de la patiente elle-même. Il lui est demandé de changer ses interprétations, de trouver les alternatives. Là encore, l'exercice sur la procédure des événements a été utilisé. Nous lui avons expliqué que les évaluations pour un inconnu sont en fait ce que l'on appelle une « décentration de personne » (« qu'auriez-vous pensé si ce n'était pas pour vous ou pour vos proches ? » ; « qu'est-ce quelqu'un d'autre aurait pensé à votre place ? »), nous avons aussi évoqué les autres modes de décentration : décentration de temps et décentration de lieu/situation. Ainsi, elle avait un moyen pour trouver des alternatives et doucement s'habituer à les exploiter. Deux axes de troubles étant concernés, le cas de Thérèse a nécessité d'avancer prudemment pour que son anxiété ne déborde pas sur sa personnalité ou le contraire. Parler ainsi de schémas permettait aussi d'inclure les différents maux dans une même approche.

Tableau 3.10. Exemple de confrontation des deux évaluations de Thérèse.  
Travail sur la Méfiance.

Discours	Remarques
Thérapeute : « D'après vous, sur ces évaluations, où votre schéma Méfiance a-t-il pu vous induire en erreur ? »	<i>C'est un exercice qui marche presque à tous les coups.</i>
Thérèse : « Sur le coup des voitures rayées. Parce qu'en fait, ma fille a eu un accident l'année dernière, mais mon mari et moi, on n'a jamais cassé de voiture. Il y a peut-être une griffe ou deux sur la sienne, mais comme il la prend pour aller travailler, c'est normal, dans les chantiers, rien qu'avec la poussière. »	<i>Même si le thérapeute n'envisage pas les réponses possibles, lorsque le patient a pris conscience du fonctionnement, il trouve les exemples... et bien souvent il est satisfait de le faire.</i>
Thérapeute : « Mais pourquoi sur ces rayures votre schéma Méfiance a-t-il joué ? »	<i>Il s'agit d'un travail que clairement nous pourrions nommer méta-cognitif car il va déboucher sur l'idée que le patient se fait de son propre fonctionnement... Toutefois cela reste introspectif et contestable d'un point de vue scientifique dans sa réalité.</i>
Thérèse : « En fait, j'ai déjà eu quelques histoires avec des filles qui tournaient autour de mon mari, et la vengeance c'est toujours pareil, on raye les voitures. J'en connais qui auraient pu le faire... Vous savez, les femmes sont assez comme ça, pas directes, un peu vicieuses, alors je me méfie. »	<i>On insiste ici sur les biais schématiques toujours présents.</i>
Thérapeute : « Et quand vous dites cela, ce ne serait pas aussi la Méfiance qui joue. Votre voiture n'a jamais été rayée. »	<i>Thérèse accepte une autre contradiction basée sur sa méfiance excessive, mais elle reste encore sous l'influence de ses règles dysfonctionnelles et nous décidons de ne pas insister pour l'instant.</i>
Thérèse : « Non, jamais, mais justement, je me suis toujours méfiée. »	<i>Généralisation de l'exercice.</i>
Thérapeute : « En faisant quoi ? »	
Thérèse : « En fait, rien de particulier... Et je vois bien où vous voulez en venir. Et vous avez raison, je me laisse avoir à chaque fois, mais c'est pas toujours un tort de se méfier, des fois ça peut payer. »	<i>Thérèse n'a plus besoin de guide et répond par des raisonnements incluant le schéma Méfiance que nous n'aurions même pas soupçonnés.</i>
Thérapeute : « Et peut-être pour un autre événement ? »	
Thérèse : « Pour les bras cassés au ski. »	
Thérapeute : « Pourquoi ? »	
Thérèse : « On n'est jamais partis au ski, mais j' imagine aussi que les gens ne font pas attention à vous et qu'ils sont capables même de vous faire du mal pour vous montrer qu'ils skient mieux que vous, ou quelque chose comme ça. »	
Thérapeute : « Et franchement vous croyez que les gens sont comme cela ? »	<i>Ici encore, la gêne de la patiente est le signe qu'un mur s'effondre, même si ce mur n'était pas bien épais.</i>
Thérèse : « Non, pas tous... en fait, y'en a sûrement quelques-uns et c'est vrai que si je me casse un bras au ski ce sera sûrement parce que je ne sais pas skier.../... »	

Il existe différents avantages à ce travail sur les schémas et les biais de traitement. D'abord, c'est un moyen d'atteindre rapidement et facilement les processus pathogènes, les pensées dysfonctionnelles, sans stigmatiser le trouble et le patient lui-même. On remarquera aussi qu'une fois la machine mise en route, la référence aux schémas devient une technique d'arrêt de la pensée presque naturelle et qui ne nécessite, pour ainsi dire, aucune habitude. Dans le cas de Thérèse, cette utilisation, bien que tue à la patiente, a justifié en grande partie l'approche schématique. Quant au fonctionnement, il est possible de penser que confronter le patient directement aux biais de traitement qu'il connaît, a sans doute pour effet de lui permettre un travail méta-cognitif qui, le distançant un peu de son problème, lui laissera la liberté de modifier quelques pensées, quelques comportements. Certains patients, à ce propos, on put nous parler d'une sorte d'insight, d'un moment où ils ont accepté leurs fonctionnements, un moment qui leur a permis une certaine flexibilité intellectuelle à partir de laquelle ils peuvent évoluer. L'avantage est que ceci ne se base pas sur une interprétation de l'histoire du patient, il ne s'agit aucunement de comprendre la genèse du fonctionnement, de comprendre la cause du trouble, mais bien d'envisager le fonctionnement, de mettre en avant ses alternatives. Bien entendu, l'histoire du patient est importante puisque c'est directement dans cette histoire qu'il trouvera ses meilleurs exemples de biais interprétatifs, et c'est par cette histoire que les alternatives de raisonnement envisagées pourront prendre place doucement en mémoire, et changer plus durablement encore les cognitions et comportements. Un simple effet de processus agissant sur une structure qui elle-même change les processus. Toutefois, n'accusant aucun événement ou aucune personne directement, le travail est plus aisé, les émotions qui l'accompagnent sont souvent vives — les patients se mettent en colère contre eux-mêmes ou contre le thérapeute —, douloureuses — les patients connaissent souvent de la tristesse et des regrets —, mais elles ne reposent que rarement sur l'apitoiement ou sur l'accusation d'un tiers. Cela est sans doute favorable à l'avancée de la restructuration.

Sur les mêmes principes, bien d'autres techniques peuvent être imaginées...

### **Si ce n'est toi, c'est donc ton frère... ou ta sœur...**

Pour un premier cas, nous pouvons revenir sur l'idée développée antérieurement de schémas salutogènes, de schémas bien adaptés. Rappelons que la réflexion ne se fonde que sur ce constat : pour ne souffrir d'aucun trouble, il ne faut pas seulement ne rien avoir de pathogène,

il faut aussi développer des ressources pour faire face à l'adversité. C'est un peu la position que Freedy *et al.* (1993) proposent dans un modèle développemental pour lequel la vulnérabilité à l'impact des stress dépend de ressources acquises dans la vie, ressources qui permettent une adaptation adéquate aux événements de vie négatifs, mais qui faiblissent en fonction de l'accumulation de ces événements. Les ressources y sont en premier lieu acquises durant l'enfance, par interaction avec les parents renforçant l'estime de soi et la confiance en soi. Les parents sont ici dépositaires de la protection de leurs enfants face aux challenges développementaux et adaptatifs les plus difficiles. Le rôle des parents et des pairs serait aussi de préparer l'enfant aux événements à venir en le confrontant doucement à certaines réalités, aux contraintes sociales. Tout ceci, sur fond de renforcements positifs où tous les succès de l'enfant sont un peu plus de capital pour faire face au monde.

Comme nous le proposons, l'enfant normal n'est donc pas uniquement celui qui n'est pas sous l'influence de ses schémas mal adaptés mais aussi celui qui a su développer des schémas bien adaptés. À nous d'imaginer ce que pourraient être ces schémas salutogènes au rôle adaptatif, quel que soit l'âge de l'individu. Nous proposons, comme première pierre de cet édifice, que ces schémas se construisent et fonctionnent comme les autres, par nécessité adaptative, mais sur du très long terme. Donc, nous pouvons les concevoir, ainsi que les schémas inadaptes, comme :

- *des étapes nécessaires au développement*, au même titre que bien d'autres notions en psychologie, de même que toute émotion est en soi nécessaire au développement, car l'enfant qui n'aurait pas peur du vide risquerait de tomber de très haut en apprenant à marcher ;
- *des étapes nécessaires à la socialisation*, puisque notre environnement est avant tout social, dans le sens des macro-structures qui édictent des règles connues par l'ensemble des individus d'une même société, mais aussi des micro-structures que sont les groupes familiaux, les groupes de pairs ;
- *des étapes nécessaires à la compréhension du monde*, car l'enfant ne réfléchit pas comme l'adulte, et jusqu'à un certain âge il pensera qu'un chien est heureux d'avoir une petite voiture en cadeau de Noël, et que son frère est méchant parce qu'il lui a fait mal, sans se soucier que son frère l'ait ou non fait volontairement ;
- *des étapes que chacun connaît*, car nous vivons dans des sociétés qui, tant à un niveau macro que micro-structurel, ne sont pas très différentes. Il existe des codes de bonnes conduites à chaque niveau,

et bien souvent ils ont été imposés par ceux qui avaient les mêmes pouvoirs : la vie et la force ;

- *des étapes dont chacun peut garder la trace*, car le schéma sera utile par la suite, ou parce qu'un phénomène menant à en garder la trace peut exister. Mais pour la plupart, dont il serait inutile de se souvenir, car si la peur du vide est salutaire à un moment, équilibre et saut la rendent obsolète, et elle disparaît chez le plus grand nombre.

Donc, les schémas salutogènes se développeraient aussi durant l'enfance, selon les mêmes principes que tout autre schéma. Il est possible d'imaginer qu'ils favoriseraient l'intégrité psychologique de l'enfant, ils pourraient être une sorte de contrepoids de ces contraintes sociales. Ainsi, lorsque les parents développent des aspects presque pathologiques chez leurs enfants en négativant ces résultats scolaires qui ne sont pas brillants, les grands-parents pourraient permettre de relativiser en expliquant comment celui qui leur sert de père, il y a très longtemps, s'est fait virer de son lycée. De tels schémas n'auraient aucune raison de rester latents, et si tel était leur état, l'intérêt serait de le changer au plus vite, étant donné que, comme nous le supposons sans preuve, ils pourraient faire défaut dans les pathologies.

À la question de savoir pourquoi de telles structures ne sont pas plus formalisées, existe une réponse possible en termes de choses déjà existantes car ces schémas salutogènes pourraient n'être que l'expression opposée des schémas inadaptés. Cela voudrait dire, que pour chaque schéma, il pourrait exister un continuum allant du salutaire au malsain. Toutefois, les entités peuvent aussi être séparées, et lorsque nous parlions du schéma einsteinien du Tout est Relatif, son opposé serait un Tout est grave, qui n'est conceptualisable que par l'addition de plusieurs schémas inadaptés..., mais ce n'est pas un argument très travaillé.

Notons toutefois que la mauvaise habitude psychopathologique veut que les seules choses intéressantes soient du côté obscur et qu'ainsi, quand on pense schémas, on ne pensera, la plupart du temps, qu'aux schémas pathogènes.

Cette conceptualisation n'est qu'une ébauche de ce qui pourrait un jour être un objet d'étude. Cependant, dans diverses situations, nous l'avons utilisée dans un but clinique, et en particulier avec Marie.

### *Marie, 12 ans, endormissements difficiles*

Marie est une adorable petite fille de 12 ans. Elle est en sixième, bonne élève, dans toutes les matières. Son père est ingénieur bien placé dans une bonne société, sa mère est médecin, son seul frère est étudiant bilingue

dans une très haute école loin de la maison. Marie possède un chien tout poilu, un canari tout jaune et un chat tout vieux. Elle connaît beaucoup d'inquiétudes, en particulier sur l'avenir qui représente pour elle la mort inéluctable de ses animaux et de son chat d'abord. Elle s'inquiète aussi de son devenir, elle craint de voir ses résultats scolaires baisser. Elle sait que cela est important pour elle, mais elle a aussi conscience que ça ne pourrait faire plaisir ni à son père, ni à sa mère... même son frère saurait lui faire des reproches. Elle craint aussi les garçons, elle sait que son corps change, elle se demande ce qu'il va devenir et, dans l'ordre des choses, se demande comment et quand ils vont l'utiliser ensemble... Elle a déjà souffert de quelques remarques sans doute stupides mais pas méchantes sur sa ressemblance *lointaine* avec Samantha Fox et les effets physiologiques qu'elle pouvait entraîner chez les vrais mâles. D'un autre côté, elle n'est pas apeurée par les choses dont elle n'a qu'une connaissance livresque, mais bien par les chemins qui y mènent et qui passent par la bêtise des garçons.

Elle manque aussi de confiance en elle, mais pas en termes de timidité. Elle doute seulement de ses capacités à maintenir son niveau scolaire sur le long terme et à continuer à plaire... Elle pense beaucoup à tout cela et s'endort difficilement. Ces problèmes d'endormissement sont d'ailleurs le motif de la consultation. Sa mère est médecin et travaille dans une structure proche de celle pouvant accueillir Marie. Comme elle est sensibilisée à certains problèmes et consciente qu'une prise en charge rapide ne peut qu'être bénéfique, mais aussi parce qu'elle a connu elle-même quelques-uns de ces symptômes qui lui ont *pourri* la vie un long moment, elle conduit Marie en consultation « avant que cela ne devienne critique ».

Les comportements problématiques de Marie sont donc en lien avec des inquiétudes ; sans doute une anxiété diffuse. Par exemple, elle essaie de tout prévoir pour ne pas être prise au dépourvu. Ceci l'amène, le soir, à penser longuement à sa journée du lendemain, mais aussi à la journée passée pour laquelle elle analyse les erreurs qu'elle a pu commettre. Elle a besoin de se rassurer, d'être rassurée parfois. En grande partie, cette habitude explique ses problèmes d'endormissement. Elle a aussi cette fâcheuse tendance à se dévaloriser, à croire qu'elle est un peu moins jolie que les autres, un peu moins intelligente, un peu moins rapide, un peu moins drôle, etc. Elle possède de plus un beau penchant à l'interprétation négative. Trop de choses pour elles sont signes de malheur ou tout du moins de problèmes : son chat perd deux poils et il va bientôt mourir, son professeur de mathématique ne lui a pas souri en la croisant et c'est signe de reproches sur son dernier devoir, son coiffeur baille juste parce qu'il ne pourra rien faire pour qu'elle soit un peu plus jolie, etc.

Où ses inquiétudes pourraient devenir bien plus graves, c'est-à-dire différentes des inquiétudes communes d'une petite fille de 12 ans qui évolue entre les mondes codés de la société des adultes et de celle des adolescents, c'est dans sa recherche de signes presque ésotériques. Ainsi, comme beaucoup d'enfants ou d'adultes aux feux tricolores, elle décompte de dix et décide que si le feu passe au vert sur le zéro alors la journée sera bonne... Le problème est que contrairement à ce que font les autres enfants et adultes, elle repense à ce feu toute la journée et si quelque chose de mauvais lui arrive, elle l'attribue à une possible défaillance dans son décompte prémonitoire.

Elle utilise aussi quelques agissements magiques. Le soir, après avoir lu pour s'endormir plus facilement, elle remarquera toujours le numéro de la page sur laquelle elle s'arrête et elle calculera si par le biais des opérations simples, des racines, des carrés et des cubes, les chiffres de ce numéro peuvent se combiner pour donner un, puis deux, puis trois, etc., en se disant que pour deux chiffres arriver jusque dix est de très bon augure, pour trois il faut dépasser quinze, voire arriver à vingt. À ce calcul peuvent s'ajouter les chiffres du numéro du chapitre, mais alors elle n'a plus le droit aux cubes et aux carrés. L'ennuyeux est que, d'une part, elle s'en souvient le lendemain et cela peut la mettre mal à l'aise pour l'ensemble de la journée, et que, d'autre part, que pour passer une bonne journée, elle est capable de lire une demi-heure de plus, voire une heure, surtout qu'elle ne peut pas cesser de lire au milieu d'une phrase, ce qui se comprend aisément.

Obsessions et compulsions ? En développement peut-être, mais cela n'est pas encore fixé chez Marie, si bien qu'elle vit sans trop en souffrir et peut tout de même arrêter de lire si sa mère lui demande. Elle passera quelques minutes de plus à s'endormir, voilà tout. Nous noterons aussi que Marie ne souffre d'aucune timidité excessive, et bien au contraire, lorsqu'elle contrôle un minimum la situation, elle n'hésite pas à se confronter à des discussions, des exposés, des lectures en classe, etc. Elle est aussi assez assertive et sait dire les choses presque comme elle les pense, c'est-à-dire sans gros mots et avec toujours un peu de gentillesse.

Marie a rempli différentes échelles d'évaluation (anxiété, dépression, personnalité) qui ne font ressortir qu'une forte anxiété avec des inquiétudes très marquées. Elle a aussi rempli l'Inventaire des Schémas pour Enfant (ISPE) qui fait ressortir trois schémas plus clairement que les autres (6 sur 6 pour ces trois schémas) :

- Incompétence : croyance en un niveau d'aptitude inférieur à celui des autres ;

- Sens Moral Implacable : désir de perfection pour soi-même, incapacité à être satisfaite par ses actions ;
- Vulnérabilité : peur d'une catastrophe imminente.

À la vue de ses symptômes, de ses demandes et de ses évaluations, nous avons choisi de commencer le traitement de Marie uniquement avec une restructuration cognitive, en orientant cet exercice sur la notion de schémas.

L'ordre des actions fut celui-ci. Dans un premier temps, la mesure des schémas par l'ISPE puis, Marie écouta deux fois l'histoire de la petite Christelle partant en colonies de vacances (voir Annexe). La séance suivante, Marie nous fit un rappel de l'histoire que nous avons enregistré. Puis la théorie des schémas lui a été présentée ainsi que ses résultats aux différents tests, en insistant sur la signification de ses schémas pathogènes. Seulement, nous avons en plus ajouté à la description des schémas inadaptés celle de schémas *salutogènes*. En utilisant l'enregistrement du rappel de l'histoire, nous avons pu, avec Marie, mettre en évidence ses biais de traitement, ses erreurs d'interprétation en les liant aux schémas. Notre but était de trouver avec elle au moins trois exemples d'erreurs, une pour chaque schéma activé : Incompétence, Sens Moral Implacable et Vulnérabilité (exemple tableau 3.11).

La notion de schémas et d'erreurs d'interprétation étant bien comprise par Marie, nous lui avons proposé notre propre description de Christelle sur le plan schématique. Nous avons expliqué à Marie que pour nous, parce que cela nous arrangeait, Christelle était exactement comme Marie, qu'elle pensait de la même façon sauf en ce qui concernait l'influence de trois schémas. D'abord Christelle n'était pas influencée par les schémas Vulnérabilité, Sens Moral Implacable et Incompétence mais par contre, trois autres schémas salutogènes étaient très actifs chez elle, schémas que nous avons tenté de décrire de cette façon :

- Compétence : croyance en un niveau d'aptitude largement suffisant... ;
- Sens moral adaptable : capacité à accepter ses erreurs, à accepter de ne pas être parfait(e) ;
- Resistabilité-Fermage des yeux : conviction que l'on peut faire face à pas mal de chose, refus de penser aux éventualités négatives.

À partir de cette description de Christelle, les tâches assignées pour Marie étaient les suivantes :

- rédiger le journal de Christelle ;
- relire régulièrement certains passages du journal.

Tableau 3.11. Exemple du travail de Marie sur le rappel de l'histoire.

Discours	Remarques
<p>Thérapeute : « Alors là, tu as entendu dès le début de l'histoire, tu nous dis que Christelle a une chambre bien rangée et que dans sa valise elle a mis ses devoirs. Nous sommes bien d'accord, dans l'histoire il y a bien le mot <i>devoir</i> mais pas dans le même sens, et rien n'est dit sur la chambre... »</p> <p>Marie : « Oui... je sais pas pourquoi j'ai parlé de la chambre bien rangée, mais pour les devoirs, c'est parce qu'il y a le mot <i>devoir</i>, alors j'ai dû confondre, ou alors, j'ai interprété...»</p> <p>Thérapeute : « D'accord, nous savons déjà que nous interprétons tout, tout le temps, et tu seras d'accord avec moi sur le fait que tu as proposé une contrainte à Christelle alors que rien ne le laissait croire. Surtout que si tu réfléchis un peu, en colonie elle n'a peut être pas pris ses devoirs... »</p> <p>Marie : « Ça dépend, si c'est pendant les grandes vacances non, mais il y a aussi des classes de neige, mais dans l'histoire c'est pas précisé... Mais, c'est vrai, si ça se trouve elle a même fait exprès de ne pas prendre de devoirs, par exemple des cahiers de vacances... J'en savais rien... »</p> <p>Thérapeute : « Bon, maintenant nous savons que tu interprètes, que tu ajoutes des contraintes à la pauvre Christelle qui ne pourra même pas passer des vacances tranquille... Mais d'après toi, si on reprend les schémas, ce serait lesquels qui sont en cause chez toi pour ces erreurs ? »</p> <p>Marie : « Pas l'Incompétence, parce que Christelle ne se sent pas incompétente... la Vulnérabilité ce serait possible parce qu'elle range bien sa chambre pour pas se sentir... »</p> <p>Thérapeute : « Se sentir comment ? »</p> <p>Marie : « Non, ce n'est pas la Vulnérabilité non plus, alors c'est sûrement le Sens Moral Implacable. Elle a besoin de bien ranger sa chambre et elle prend ses devoirs pour ne pas prendre de retard, même des devoirs de vacances ça sert à ça. »</p> <p>Thérapeute : « Et c'est Christelle qui a ces schémas qui sont activés ? C'est dit dans l'histoire ? »</p>	<p><i>L'histoire était réécoutée une fois encore avant le travail, ainsi que le rappel que Marie en avait fait.</i></p> <p><i>Le but ici est d'amener Marie à décrire elle-même des erreurs d'interprétations qu'elle a pu faire, de lui faire clairement dire qu'elle interprète tout, et souvent dans un sens négatif ou un sens de contraintes.</i></p> <p><i>On insiste ici sur les biais schématiques toujours présents.</i></p> <p><i>Marie avait la liste des schémas plus activés chez elle devant les yeux. L'exercice ici est de lui faire comprendre le jeu de l'influence des schémas, de vérifier que sa propre analyse, sa propre compréhension est compatible avec les exercices à venir.</i></p> <p><i>Reprise d'une erreur de Marie.</i></p>

Tableau 3.11. (suite)

Marie : « Ba non, c'est moi. Ben oui, c'est moi, puisque c'est moi qui interprète comme ça. »	<i>C'est ici une prise de conscience de la différence entre Marie et les autres, mais aussi une préparation aux exercices à venir dans lesquels Christelle et ses schémas prendront une place importante... On notera que le but ici n'est pas spécialement de faire ressortir les règles dysfonctionnelles de Marie. Ne pas les pointer ne voudra pas dire que nous n'agissons pas dessus.</i>
Thérapeute : « Et Christelle elle a quels schémas activés ? »	
Marie : « Dans cette partie de l'histoire on n'en sait rien, elle fait toute seule sa valise, mais ça veut rien dire, et en fait il n'y a rien de dit sur elle. Le problème c'est qu'on ne sait pas ce qu'elle pense alors on peut pas dire si il y a un schéma activé, pour ça il aurait fallu savoir ce qu'elle pense. »	
Thérapeute : « Et d'après toi, quels schémas pourraient être plus actifs chez Christelle ? »	
Marie : « Je sais pas.../... »	

Marie devait donc rédiger le journal de Christelle tous les soirs. Elle avait acheté un « carnet intime » spécialement pour l'occasion. Elle devait, avant de se coucher, repenser à des événements de sa journée et les raconter avec l'œil de Christelle, influencée par d'autres schémas. Marie pouvait aussi, à loisir, raconter ce que pensait Christelle des événements à venir et préparer ainsi ses prochaines journées. Elle pouvait aussi simplement inventer des histoires avec Christelle comme héroïne. Pour que Marie puisse aussi, lorsque cela lui pesait trop, exprimer ses propres pensées et ses propres sentiments, elle avait le droit d'ajouter entre parenthèses, des phrases commençant par : « Moi j'aurais plutôt pensé que... » ou : « Moi j'aurais plutôt senti... », mais elle ne devait pas en abuser.

Aux séances suivantes nous vérifierons avec Marie si ce qu'elle avait rédigé par l'œil de Christelle correspondait bien à ce que Christelle aurait pu voir ou penser. Au départ, Marie rédigeait encore des passages sous l'influence de ses propres règles dysfonctionnelles, mais très vite, elle fit la part des choses et distingua bien ce qui venait de ses interprétations, de ce que Christelle pouvait penser.

À chaque fois, avec Marie, nous relevions des événements dont les situations pouvaient se reproduire, ou des événements plus importants que les autres pour lesquels les points de vue de Marie et de Christelle étaient bien différents. Marie avait alors pour tâche de se répéter assez régulièrement ces passages en relisant le carnet ou simplement en imaginant de nouveau ce que Christelle pouvait penser. Par exemple, comme chaque interaction avec son chat était pour Marie à la fois pleine de joie et pleine d'inquiétudes, nous avons sélectionné ce passage

du journal de Christelle dans lequel Marie exprime aussi ses propres sentiments :

« Christelle sait bien que son chat est vieux et qu'il va mourir un jour, elle sait qu'elle aura de la peine, mais elle sait aussi qu'elle ne l'oubliera jamais. En attendant, elle n'y pense pas. Elle joue avec son chat en le traitant de vieux pépère. »

Les processus que nous supposons actifs par un tel exercice de restructuration tiennent à la conceptualisation même des schémas dans les théories cognitives en psychopathologie. D'abord, si chacun possède des schémas salutogènes, y penser, les utiliser, c'est les activer, et plus des schémas sont activés, plus ils ont de l'importance, plus ils permettent le traitement d'informations, plus ils restent actifs et se renforcent. Encore une fois, plutôt que de réduire le négatif, l'idée est d'insister sur le potentiel de chacun. Ensuite, une modification sensible des informations en mémoire peut être envisagée : voir par les yeux de Christelle, c'est activer en mémoire des réseaux d'informations rarement liées entre elles, voire sans lien. Modifier sensiblement l'organisation des informations en mémoire est l'une des conceptualisations des méthodes de restructuration cognitive.

Mais ce type d'exercice est aussi une possibilité pour Marie de trouver des alternatives à ses pensées et comportements et, en plus, les trouver en elle-même. Elle s'habitue ainsi facilement à la génération d'alternatives, avant de se laisser entraîner sur le plan de leur utilisation.

Il existe aussi dans cet exercice une façon de proposer à Marie une méthode simple d'arrêt de la pensée. Même si Marie ne connaît pas réellement de pensée obsédante lorsqu'elle regarde son chat, par exemple, elle se laisse aller à des développements négatifs assez facilement ; évoquer le passage du journal de Christelle met, assez vite, fin à ses développements.

Plus pratiquement, les avantages de cette méthode étaient triples.

En premier lieu l'action ne se centrait pas directement sur Marie, même si toujours elle avait conscience de sa propre place et que ses petits problèmes étaient la cause de tout ceci. Il est à noter que pour éviter que ses problèmes empirent et changent de versant, nous prenions aussi soin de varier les passages à relire dans le journal de Christelle, il n'y avait donc pas habitude. Dès que nous avons senti Marie capable de le faire, nous avons remplacé la rédaction du journal de Christelle par celui de Marie elle-même, mais avec pour consigne de bien se concentrer sur les erreurs d'interprétation possible.

En deuxième lieu, Marie s'endormait plus facilement, et ceci très vite dans le déroulement de la thérapie, mais pas plus vite le soir. En réalité, elle s'endormait au départ aussi tard, mais elle était occupée par la rédaction du journal de Christelle. Concrètement, elle ne faisait presque rien d'autre qu'à son habitude : repenser à sa journée et prévoir la journée du lendemain. Mais elle ne vivait plus aussi difficilement son retard d'endormissement et par la suite elle a pu, progressivement, s'endormir plus tôt.

En dernier lieu, avec leur accord et leur complicité, nous avons pu exclure les parents de Marie de la réalisation des tâches assignées. Ils ne savaient rien de la progression de Marie, avaient pour consigne de ne rien demander de plus que ce que Marie voulait elle-même leur livrer. Les contraintes micro-sociales ne pouvant pas réellement être changées dans ce cas précis, car un travail sur les règles familiales aurait stigmatisé la situation, elles n'ont en tout cas pas influencé la thérapie, n'ont pas été prises en compte comme agents renforçateurs négatifs ou positifs, etc.

Pour ce qui est du déroulement temporel de la prise en charge, dans un premier temps, durant les quinze premiers jours : trois séances furent consacrées à l'analyse fonctionnelle de Marie et à ses évaluations avec l'écoute de l'histoire de Christelle ; une séance de plus (assez longue) durant laquelle nous avons repris la théorie des schémas et exploré le rappel de Marie pour y découvrir ses erreurs d'interprétations et les expliquer en termes de schémas ; une séance fut consacrée à la description de Christelle et à l'explication des tâches assignées.

Dans un second temps, durant deux mois de séances hebdomadaire, les rencontres étaient consacrées à une réflexion sur le journal de Christelle, à une discussion sur les alternatives exprimées, à une évaluation de la progression des troubles. Marie bénéficia aussi de quelques séances de relaxation avec enregistrement d'une cassette audio, que par la suite, au besoin, elle pouvait utiliser pour s'endormir. Cela ne fut pas réellement utile.

Marie ayant besoin de renforcements et d'évaluations de ses troubles, ayant besoin d'être rassurée, nous avons pris soin durant la première semaine de notre rencontre de faire un relevé type colonnes de Beck de chacune de ses pensées anxieuses ou négatives. Comme nous nous doutions qu'il y en aurait de nombreuses, pour certaines elle pouvait juste faire une croix sur sa feuille pour compter la pensée, sans la décrire, ni décrire le contexte d'apparition et les émotions et comportements associés. Ce type de mesure est bien évidemment biaisé, puisque lorsque dans les premiers temps nous lui demandons de les faire, elle

se focalisait sur ce type de pensées et donc en exagérait la venue. Après les exercices de restructuration, comme elle évaluait différemment les aspects négatifs et anxiogènes de ses pensées, des inquiétudes de même ordre ne trouvaient donc plus leur place dans le relevé. Cependant, ce fut un bon outil pour une auto-évaluation de Marie. Au départ plus de cent pensées négatives furent relevées sur une journée de classe, mais dès la première semaine de restructuration, une baisse de moitié fut enregistrée. Après un mois de restructuration, Marie ne comptait plus que dix pensées réellement négatives par jours que nous avons pu juger normales et communes avec elle. Marie demanda d'ailleurs à une amie et à sa mère de faire un même relevé et pu constater que dix pensées négatives par jour restaient dans la norme. Après deux mois, il n'était même plus question d'évaluer les pensées anxieuses et négatives puisque Marie ne disait plus en souffrir.

Après un mois, les problèmes d'endormissement de Marie avaient presque totalement disparu, mais elle ne se couchait pas plus tôt, elle ne faisait que moins se retourner dans son lit. Mais sur le mois suivant, elle réussit à se coucher un peu plus tôt, et gagna en qualité de sommeil.

Durant le deuxième mois de prise en charge, Marie remplaça doucement la rédaction du journal de Christelle par la rédaction de son propre journal, et Christelle devint une vieille amie que l'on ne voit plus mais à laquelle on peut penser tendrement.

Six mois plus tard, Marie ne montre plus aucun symptôme.

Un apprentissage modéré de ce qui dans le Nord-Pas-de-Calais est appelé le « Ché mi grave » ou de ce schéma salutogène de la Relativité de la Gravité (tant pis pour la physique) a sans doute permis à Marie de ne pas développer de troubles plus importants. Cependant cet apprentissage devrait passer par ce que nous n'avons pas pu réaliser directement dans ce cas : un aménagement des contraintes de l'environnement. Si nous n'avons pas pu le faire, c'est qu'à tous les niveaux, il est demandé et mis en avant des choses presque parfaites où même le petit défaut ne peut trouver sa place. Pour aménager l'environnement de Marie, nous aurions donc dû prendre en charge ses parents, son frère, son chat qui n'en finissait pas de vieillir, ses professeurs de collège, Harry Potter et sa bande, Brad Pitt, Laëtitia Casta ou Johnny Depp.

### *Madame X., 42 ans, dépressive*

Pour ce cas, nous avons utilisé l'une des histoires de la « grande Christelle ». Contrairement à celle destinées aux enfants, cette histoire pour adulte n'a pas été construite en premier lieu pour l'expérimentation, mais bien pour l'activation de schémas dysfonctionnels, pour

la mise en évidence d'erreurs d'interprétation. Aussi, l'ambiance y est un peu plus négative et les pièges interprétatifs, dus aux ambiguïtés, y sont plus importants, plus flagrants. Les schémas repris sont ceux évalués par les questionnaires que l'on retrouve chez Young et Klosko (1993) : Abandon, Méfiance et Abus, Vulnérabilité, Dépendance, Carence Affective, Exclusion, Imperfection, Échec, Assujettissement, Exigences Elevées, Tout m'est dû.

### ***Histoire de la grande Christelle***

Il est sept heures, comme tous les jours, c'est l'heure du réveil pour Christelle, cependant, il est un peu plus dur aujourd'hui car elle a mal dormi à cause du départ de son ami la veille.

Christelle va dans la salle de bain, elle se regarde un moment dans la glace, perplexe, en scrutant chaque partie de son corps. « C'est normal » pense-t-elle.

Après avoir pris sa douche tant bien que mal, elle prépare son petit-déjeuner ; celui-ci est désormais difficile à préparer, cela lui prend un peu plus de temps que d'ordinaire à mettre la table et à manger : de simples tartines beurrées accompagnées de café au lait.

Il est maintenant huit heures trente, Christelle se rend au travail doucement comme à son habitude. Elle arrive au travail. À peine a-t-elle franchi le seuil de la porte qu'elle sent le regard des autres collègues se poser sur elle. Elle sait pourquoi, il se passe quelque chose.

La journée débute tranquillement, Christelle prend un café et commence à travailler. Pour parvenir à finir son travail dans la journée, Christelle compte sur ses collègues, elle va donc demander de l'aide à Éric. Hélas pour elle, il refuse, car il dit qu'il n'a pas le temps. Cela met Christelle de mauvaise humeur, et elle insiste, mais en vain.

Lors du repas du midi, au réfectoire, Christelle mange seule, les autres mangent ensemble sur une table plus éloignée. Elle entend ses collègues parler de choses quotidiennes sans importance.

Après avoir mangé, Christelle retourne à ses occupations et elle reçoit, dans son bureau, la visite d'un collègue. Celui-ci en profite pour lui demander de terminer un travail à sa place. Elle hésite un peu mais accepte car ce collègue lui est sympathique.

Ensuite, Christelle avale un café en vitesse car elle veut absolument terminer un dossier avant la fin de la journée. Elle aspire à un meilleur avenir professionnel. D'ailleurs, elle se juge assez compétente pour arriver à ses fins : avec du travail et de la bonne volonté, elle compte bien obtenir une fonction plus importante au cours de sa carrière.

Peu de temps après, un supérieur hiérarchique la convoque dans son bureau, il la réprimande un peu en raison du travail mal fait la veille, Christelle accepte la critique comme d'habitude.

Il est dix-sept heures, la journée s'achève, Christelle ferme son bureau à clé et va en direction du parking pour reprendre sa voiture. Elle rentre chez elle. Elle fait particulièrement attention dès qu'elle prend son automobile : « Tout peut arriver » se dit-elle intérieurement.

Arrivée chez elle, le soir, tout lui semble calme. Elle regarde les informations à la télévision, après avoir promené son chien et dîné d'un repas simple. Elle repense à sa journée au travail qui lui a causé quelques petits désagréments, et aimerait en discuter avec quelqu'un...

Comme tout un chacun peut le comprendre, on ne sait pas dans cette histoire si l'ami de Christelle l'a quittée pour toujours ou s'il est simplement parti pour deux jours, on ne sait pas si Christelle se trouve belle, jeune, ou vieille, laide, etc. Selon son humeur, mais aussi selon l'influence des schémas il est certain que les interprétations vont bon train et, pour la plupart dans un sens négatif. C'est bien ce qui est recherché.

Il est aussi possible de modifier le texte en remplaçant Christelle par Éric et obtenir une version pour homme.

L'exploitation de cette histoire peut se faire selon le même principe de recherche des modifications au rappel utilisé pour Yohann ou Marie. Elle peut aussi se combiner avec différentes évaluations des schémas faites par le patient : une auto-évaluation et une estimation des réponses que la Christelle de l'histoire aurait pu donner. L'exercice dans ce cas se déroule assez simplement : lors d'une première séance l'écoute de l'histoire et, après un temps, la passation du questionnaire des schémas en imaginant ce que le personnage aurait pu répondre ; lors d'une autre séance, la passation du questionnaire en auto-évaluation et pourquoi pas un rappel. Les séances suivantes concernent alors la restructuration axée sur les points communs que le patient se trouve avec le personnage et le pourquoi de ces points communs. Les modes interprétatifs, les distorsions de la pensée apparaissent clairement, le patient peut prendre conscience des biais qui influence sa perception des autres et commencer à assouplir ses schémas. C'est ce que nous avons proposé, avec Benoît Destombes, à Madame X., hospitalisée pour dépression.

Madame X. a 42 ans, elle est mariée et a deux enfants de cinq et sept ans. Elle dit vivre dans un foyer uni, sans grands remous. Huit années avant, elle a perdu un bébé d'un mois d'une mort subite du nourrisson et elle raconte facilement ne jamais en avoir fait le deuil, toujours en souffrir.

Elle est conseillère principale d'éducation dans un lycée, mais elle dit tenir bien plus de rôle et en particulier celui d'assistante sociale qui ne lui plaît guère, et celui de psychologue pour adolescents boutonneux. Elle se sent

aussi harcelée par certains de ses collègues. Son analyse fonctionnelle fera ressortir quelques problèmes d'assertivité dans le cadre de sa vie professionnelle. Elle s'engagera d'ailleurs en même temps que les exercices de restructuration dans un groupe d'affirmation de soi, ces problèmes ne pouvant se régler par un simple travail sur les schémas qui est alors un complément aux autres techniques mises en œuvre.

Madame X. est hospitalisée, pour la première fois, pour trouble dépressif majeur marqué par de nombreuses expressions : humeur négative constante, diminution des plaisirs et intérêts, perte de poids, insomnie, cauchemars, ralentissement, fatigue, dévalorisation, troubles de l'attention, idées de suicide, ruminations, anticipations catastrophiques, etc. Elle connaît aussi beaucoup de pensées anxieuses surtout en relation avec ses enfants : que va-t-il leur arriver sur le chemin de l'école ? Ne vont-ils pas tomber malades ? Seront-ils obligés d'aller voir un psy ? etc.

D'elle-même, Madame X. associe cet épisode dépressif à un événement datant de trois mois. Elle était de nouveau enceinte, mais comme le sort s'acharne, elle a fait une fausse couche inexplicée. Depuis, elle dit se sentir seule et ne plus supporter les autres. Les disputes avec son mari se sont faites plus fréquentes et plus importantes, les relations avec ses collègues ne se sont pas améliorées non plus. En fait, elle avait prévu que cet enfant lui permettrait de faire une pause dans sa vie en général et professionnelle en particulier, et pourquoi pas évoluée. Elle s'était préparée à un congé parental de plusieurs mois, et comme elle le dit, la perte du bébé est aussi une perte de ses projets.

Poussée par les siens, mais aussi consciente de son mal-être et de ses conséquences sur son entourage, elle consulte avec une réelle motivation pour s'en sortir, pour « remonter la pente ». Seulement, elle a entendu parler des thérapies cognitive et comportementale et ne pense pas que ce soit quelque chose pour elle, elle ne conçoit pas vraiment l'utilité de telles thérapies. Dans son idée, c'est la recherche d'événements lointains déclencheurs de son trouble, la compréhension du pourquoi, qui pourra l'aider. Il n'est pas trop difficile de lui expliquer que nous allons aussi travailler sur des événements de vie, sur le pourquoi de son fonctionnement, sur ses émotions et sur des phénomènes cognitifs dont elle n'a pas conscience mais qui sont repérables et explicables de façon assez claire.

Pour ce dernier point il existe un petit jeu qui explicite notre position auquel vous pouvez vous livrer en lisant ces lignes, mais sans tricher, pour ménager le suspense :

- pensez à un chiffre entre 1 et 9 ;
- multipliez ce chiffre mentalement par neuf ;
- vous obtenez alors un nombre ; additionnez ses chiffres et ôter 5 au nouveau résultat ;

- vous obtenez alors un nombre auquel vous pouvez faire correspondre une lettre : A pour 1, B pour 2, C pour 3, D pour 4, E pour 5, etc. ;
- alors toujours mentalement et rapidement vous cherchez le nom d'un pays qui commence par cette lettre ;
- vous considérez maintenant la dernière lettre de ce nom de pays et vous recherchez rapidement le nom d'un fruit qui commence par cette lettre.

Ce jeu montre d'une part que nos traitements cognitifs sont guidés par bien des variables dont nous n'avons pas conscience mais qui sont connues de ceux qui s'intéressent à la psychologie expérimentale. Il montre que plutôt que de formaliser le choix des mots en des termes fumeux et des explications non vérifiables, il est possible de les concevoir en fonction de règles de fonctionnement de notre mémoire. Il montre aussi que la notion de schéma possède une certaine réalité, car c'est bien un schéma culturel qui nous fait associer presque à tous, dans notre culture européenne les kiwis au Danemark, alors que d'une part peu de kiwis poussent au Danemark, et que d'autre part quelqu'un vivant au Dahomey aurait peut-être plus pensé aux kakis.

Après son analyse fonctionnelle, et en même temps que d'autres exercices comme les groupes d'affirmation de soi, la restructuration orientée schémas de Madame X. se déroula ainsi.

Lors de la *première séance* : Madame X. devait évoquer des événements de sa vie. Elle nous parla du décès d'un oncle alors qu'elle avait 13 ans, du suicide d'un camarade d'école, d'épisodes d'opposition avec son père assez violent, du cancer et du décès de sa mère alors qu'elle avait 29 ans, de la perte de son bébé, de sa fausse couche, etc. La consigne était aussi d'évoquer des événements de vie heureux comme la naissance de ses enfants, son mariage, mais à ce stade ils étaient encore assez peu accessibles en mémoire. Le but était double : permettre à Madame X. d'exprimer ses émotions, de parler d'événements qui lui tenaient à cœur, mais aussi construire une liste d'événements de vie sur lesquels les séances suivantes pourraient s'appuyer. Durant cette séance, elle compléta aussi le questionnaire des schémas de Young et Klosko (1993) en se mettant à la place de la grande Christelle dont elle avait entendu l'histoire un peu plus tôt.

Durant la *deuxième séance* de restructuration cognitive, Madame X. compléta le questionnaire des schémas pour elle-même. Ce questionnaire ne comptant que vingt-deux items, le dépouillement se fait très rapidement, et si l'on ne s'attarde pas sur son manque de validité

psychométrique, il est facilement exploitable dans le cadre d'une thérapie. Cette séance a aussi été consacrée à l'explication de la notion de schémas à la patiente. Ceci fait, nous avons pu lui indiquer qu'elle avait considéré que Christelle possédait les mêmes schémas activés qu'elle-même, à savoir : Méfiance et Abus et Exigences Elevées (tous deux côtés à 10 sur 12 pour elle comme pour Christelle – nous utilisons une échelle en 6 points).

Un premier exercice de prise de conscience des règles dysfonctionnelles put alors être fait sur le ressenti de Madame X. par rapport à l'histoire de Christelle. Elle envisagea d'elle-même, qu'elle avait imaginé Christelle comme dépressive, qu'elle avait interprété les informations sur un versant négatif et menaçant. Le travail fut aussi de repérer les effets des deux schémas mis en évidence par le test dans les interprétations de Madame X. ; elle fit ressortir spontanément que pour elle, Christelle se « faisait rouler par ses collègues » ce qui fut rapporté au schéma Méfiance et Abus, et que Christelle « travaillait très dur, était très exigeante avec elle-même sans reconnaissance de la part des autres », ce qui fut rapporté au schéma Exigences Elevées. Nous avons bien entendu insisté sur l'ambiguïté de l'histoire originale qui pouvait être interprétée de bien des façons par lesquelles les schémas pouvaient être repérés dans leur expression sémantique. De cette manière, il fut aussi aisé de faire ressortir des règles généralisées abusivement en relation avec les schémas du type : « Les autres essaient toujours d'abuser de vous, ils ne pensent qu'à eux » ; « Si l'on n'est pas toujours sur ses gardes on est foutu » ; « Il faut toujours faire le maximum même si personne ne s'en rend compte » ; « C'est dès que l'on se relâche un peu que les choses tournent mal. »

Le phénomène compris, prouvé, accepté et assimilé, Madame X. avait pour *devoirs* jusqu'à la prochaine séance de reprendre les événements négatifs de sa propre vie et de rechercher ce qui dans sa façon de les concevoir, pouvait être dû à l'action des schémas Méfiance et Abus et Exigences Elevées et, ce qui était dû à la « vraie vérité vraie ».

La *troisième séance* de restructuration était consacrée à l'analyse des *devoirs* de Madame X. Elle avait extrait des éléments des différents événements de sa vie en les classant en fonction du fait qu'ils infirmaient ou confirmaient ses règles de traitement et elle avait abouti à des tableaux comme le tableau 3.12 qui concerne la Méfiance envers les autres.

La discussion se faisait autour de ces apports de Madame X. et concernait les implications du schéma Méfiance et Abus. Était discuté chaque élément confirmant ou infirmant la méfiance, l'accent était mis

Tableau 3.12. Résumé des éléments extraits des événements de vie de Madame X pour le travail sur la Méfiance.

Ce qui peut confirmer la méfiance	Ce qui infirme la méfiance
Blessures	Don de soi, amitié, sincérité
Humiliations	Présence dans le besoin
Violences verbales et physiques	Acceptation
Harcèlement moral	Simplicité
Erreur médicale	Échange chaleureux
Hypocrisies, manque de franchise	Respect mutuel et sincère
Méchancetés volontaires	Altruisme et entraide
Égocentrisme	
Jugements négatifs des autres	

sur l'analyse *froide* des demandes de chacun des acteurs (les autres comme Madame X.), sur leurs buts et intentions, sur leur volonté réelle d'agir dans le sens de leur action, sur leurs différentes visions des événements, etc. avec si besoin, le retour à l'histoire de Christelle pour étayer la présence de biais (tableau 3.13).

Chaque événement de vie cité par Madame X. est ainsi repris. Le but est toujours le même : analyser les biais schématiques et formuler des alternatives. Les alternatives recherchées de la sorte sont aussi bien des alternatives spécifiques aux événements relatés, que des alternatives générales censées venir remplacer les règles dysfonctionnelles. Le travail se fait donc sur la reformulation des différentes alternatives spécifiques en quelques règles générales. Il s'agit de passer de « Il n'avait pas pensé à mal en me disant cela », « Le médecin n'a pas fait exprès de se tromper » ou encore « Les enfants crient mais ce n'est pas pour m'embêter, c'est parce que ce sont des enfants » à quelque chose du genre : « Les autres ne cherchent pas à faire du tort, c'est l'événement dans son ensemble qui le laisse croire. »

La dernière séance était consacrée à une analyse similaire sur d'autres événements de vie et à la consolidation des règles alternatives générales. Il était aussi demandé à Madame X. de faire un bilan sur son état avant la sortie de l'hôpital. Elle l'a réalisé encore sous forme de tableau en reprenant les changements qu'elle observait (tableau 3.14).

Si nous avons procédé par auto-bilan, c'est que les évaluations en fin d'intervention sur des exercices de restructuration cognitives, et d'autant plus sur des interventions orientées schémas, sont quasiment impossibles à réaliser objectivement. Seules les impressions de mieux-être et d'évolution du patient lui-même peuvent être prises en compte.

*Tableau 3.13. Exemple du travail de Madame X. sur l'interprétation des événements de sa vie.*

Discours	Remarques
Thérapeute : « Il s'agissait donc d'une erreur médicale. »	
Madame X. : « Oui... le médecin s'est trompé, et si j'avais fait plus attention, les choses n'auraient pas tourné comme cela. »	<p><i>La situation est cernée et la règle dysfonctionnelle apparaît aussitôt.</i></p>
Thérapeute : « Cela confirme donc la Méfiance pour vous. Mais pour le même événement, vous trouviez aussi des éléments qui infirment cette Méfiance, et le médecin est dans les deux colonnes. »	<p><i>Les paradoxes de Madame X. sont facilement mis en avant et servent de base à la restructuration.</i></p>
Madame X. : « C'est-à-dire que c'est lui qui fait l'erreur de diagnostic... Mais il était gentil, il a passé du temps avec nous. Et même après... »	
Thérapeute : « Il n'avait donc pas obligatoirement l'intention de vous nuire. »	
Madame X. : « Non, il n'avait rien à gagner à nous nuire, c'était une erreur, mais même s'il était gentil, par la suite il n'a pas voulu avouer son erreur et quoi qu'il en soit, si j'avais été plus méfiante. »	<p><i>Le but ici est de montrer comment les règles dysfonctionnelles sont très peu étayées par les faits, comment concrètement, elles peuvent entraîner des situations de tensions entre personnes de bonne volonté dans ce cas précis.</i></p>
Thérapeute : « Quelles étaient donc ses intentions ? Et qu'auriez-vous pu faire ? »	
Madame X. : « Je n'aurais rien pu faire, ou alors aller voir un autre médecin, mais il m'aurait peut-être dit la même chose parce que c'était pas évident comme diagnostic. Mais on peut tout de même se poser des questions sur les compétences des gens et se dire que même s'ils sont gentils, ils font souvent des erreurs et que ces erreurs coûtent cher. »	
Thérapeute : « Pour les Exigences élevées de Christelle, comment aviez-vous interprété la scène où son collègue lui demande de l'aide ? »	
Madame X. : « Je sais, j'avais dit que ce collègue ne devait pas être très doué et qu'il venait la voir parce qu'elle savait faire les choses et les faisait toujours bien. Mais je ne pense pas que je suis parfaite, je pense seulement que je fais plus attention et que les autres pourraient faire plus attention. Mais je suis d'accord, je n'en sais rien en réalité. Les autres font ce qu'ils peuvent et moi aussi. »	<p><i>Utilisation de l'histoire de Christelle pour permettre à Madame X. de clairement exprimer ses règles, ses paradoxes et ses interprétations biaisées.</i></p>

Tableau 3.13. (suite)

<p>Thérapeute : « Qu'est ce qui vous pose le plus de problèmes, que les autres ne soient pas parfaits ou que vous leur demandiez d'être parfaits ? »</p> <p>Madame X. : « C'est bien sûr ce que je leur demande, et ce que je me demande à moi-même. Même moi je fais ce que je peux... si les autres étaient exigeants ils me jugeraient mal... Mais les autres sont aussi exigeants et ils me jugent mal aussi... Et puis j'essaie vraiment de toujours faire au mieux. »</p> <p>Thérapeute : « Comme nous en avons déjà parlé, si vous n'attendez rien des autres, vous ne pourrez pas être déçue... »</p> <p>Madame X. : « Je sais.../... »</p>	<p><i>La discussion est orientée vers l'un des buts de la séance : faire accepter à Madame X. que se sont ses attentes qui la stressent.</i></p>
---	--

Tableau 3.14. Auto-bilan des changements de Madame X.

Changements dans le comportement	Changement dans les cognitions
Plus de communication spontanée	Idées plus rationnelles
Plus de participation	Plus d'acceptation sans jugement
Sensation de bien être	Plus de relativisme
Moins de tristesse quotidienne	Évitement des obsessions douloureuses
Plus de remise en question des comportements	Prises de conscience (difficiles)

Il n'est en effet pas possible de refaire passer un test de schémas, ou un autre test mettant en avant des règles dysfonctionnelles utilisées, après avoir passé plusieurs séances à expliquer au patient pourquoi il avait mal répondu la première fois. Les réponses à ces tests changent logiquement sans que le reste ne change obligatoirement et, une différence même significative statistiquement n'a aucune valeur réelle. De même, et c'est le cas pour Madame X., la prise en charge en thérapies cognitives et comportementales n'est que rarement circonscrite à une seule méthode ; ainsi il n'est pas évident cliniquement d'accorder une évaluation telle que « plus de communication spontanée » aux exercices d'Affirmation de Soi ou aux séances de restructuration amenant la patiente à plus communiquer car elle est moins exigeante. Surtout que les apprentissages de l'une des prises en charge ont nécessairement des retentissements sur l'autre.

Néanmoins, ici pour Madame X., il est évident que l'exercice de thérapie orientée schémas par comparaison avec la grande Christelle a

été bénéfique et a permis d'arriver très vite aux résultats attendus d'une restructuration.

### **Quand la pomme tombe au pied du pommier, évite de t'y trouver (proverbe newtonien)**

Marie et Madame X. sont des illustrations de l'intérêt d'une comparaison entre ses propres fonctionnements, ses propres schémas et les fonctionnements et schémas d'autres personnes. C'est parce que Marie et Madame X. ont trouvé un peu d'elles-mêmes dans les personnages de la petite et de la grande Christelle qu'elles ont pu énoncer et accepter leurs dysfonctionnements, qu'elles ont pu réaliser le travail de restructuration cognitive. Mais, *se comparer* à quelqu'un, ce n'est pas obligatoirement mettre en avant des points communs, c'est aussi, bien évidemment, faire émerger des différences. Ce travail de différenciation peut aussi trouver son application dans des exercices de thérapies orientées schémas, d'autant plus qu'il est combiné avec des mises en évidence de ressemblance. Pour ce faire il est possible de demander au patient, d'une manière ou d'une autre, de se comparer à deux personnes, l'une lui ressemblant plus, l'autre moins.

#### *Monsieur W., 56 ans, alcool-dépendant*

La procédure utilisée dans ce cas pourra être retrouvée chez Rusinek et Sgard (2005). Elle s'inspire encore de travaux sur la validation de la notion de schémas en psychologie cognitive et en particulier sur certaines de leurs conséquences que sont l'uniformisation des discours et des modes de pensée pour un groupe donné, dans des circonstances données de traitement de l'information. Ainsi, les *schémas culturels* anglais, français ou zimbabwéens sont sensiblement les mêmes pour les individus en fonction de leur culture respective. En réalité, nous pouvons supposer l'existence d'une discrimination importante sur la variable culturelle qui nous fait considérer tous les sujets comme faisant partie du même groupe, comme ayant des processus cognitifs en commun. Nous sommes nous-mêmes, pour la plupart, capables de nous situer dans un groupe précis sur cette variable, même si nous avons bien tous conscience que chaque individu d'une même culture peut avoir ses propres modes de pensée et que nous pouvons à la fois avoir honte et être fiers d'être français. Nous sommes partis de cette idée du sentiment illusoire d'appartenance à un groupe cohérent dans sa manière de penser en fonction d'une variable discriminative forte qu'engendre la notion de schéma. Nous nous sommes alors posé la question de son application possible en thérapie cognitive et comportementale. À notre

goût, l'un des troubles psychiatriques correspondant le plus à cette description est sans doute l'alcool-dépendance. Notre problématique nous a menés à considérer qu'un patient alcool-dépendant pourrait se sentir proche d'une autre personne reconnue comme telle, et assez différent de quelqu'un reconnu sans dépendance. Cette hypothèse vient aussi de nombreuses constatations cliniques et de remarques telles que « vous ne pouvez pas comprendre, vous ne buvez pas ! ».

Le matériel et la procédure utilisés se résument ainsi :

- le patient remplit le questionnaire des schémas en vingt-deux items de Young et Klosko (1993) ;
- une séquence vidéo de cinq minutes montrant Zinedine Zidane parlant de l'amitié est visionnée, puis le patient remplit le même questionnaire des schémas avec pour consigne de se mettre à la place de Zinedine Zidane pour répondre (une seconde version du questionnaire a été rédigée avec une consigne particulière et une formulation des questions en référence au footballeur) ;
- une autre séquence vidéo de cinq minutes concernant des propos sur l'amitié est visionnée, mais il s'agit cette fois d'une interview de Serge Gainsbourg. Le patient remplit une troisième version du même questionnaire des schémas dont la consigne fait référence à des réponses que le chanteur lui-même aurait données ;
- avant la séance suivante, le/la psychologue sélectionne dans les vingt-deux items du questionnaire ceux pour lesquels le patient pense que Serge Gainsbourg répondrait exactement comme lui, et Zinedine Zidane d'une manière totalement différente ;
- les items ainsi sélectionnés servent de *charpente* aux séances de restructuration cognitive qui suivent.

Le principe est bien entendu que le patient, sur certaines caractéristiques, peut attribuer à Serge Gainsbourg des attitudes semblables aux siennes et à Zinedine Zidane des attitudes complètement opposées, par cette fausse idée d'appartenance à un groupe dans lequel il inclura intuitivement Gainsbourg et dont il exclura tout aussi intuitivement Zidane. Le propos est alors de faire activement comprendre au patient ses biais d'attribution, ses inférences, ses croyances dysfonctionnelles et de l'aider ainsi, à générer certaines alternatives de pensée. Il s'agit aussi d'insister sur l'illusion d'une appartenance à un groupe afin de permettre au patient d'accepter les propos d'autres individus n'étant pas eux-mêmes alcool-dépendants comme pertinents et compréhensifs, afin qu'il accepte ses points communs avec ces individus. C'est un

travail sur l'ensemble des variables de ressemblance et de différence entre les personnages et le patient.

Il est évident qu'une telle façon de faire engendre des jugements de valeurs explicites de la part du patient, et parfois implicites de la part du thérapeute, sur les personnes de Zinedine Zidane et de Serge Gainsbourg, mais nous demandons à chacun de considérer plutôt l'intérêt de la procédure. Il est tout aussi évident que cette procédure entraîne des remises en cause de la part du patient baignées d'émotions vives qu'il faut gérer. Nous noterons aussi que le comportement problème étant avant tout l'alcoolisation ou le risque de re-alcoolisation, cette restructuration cognitive ne peut permettre un changement direct de ce comportement, mais permet de rendre plus facile d'autres protocoles plus comportementaux accés sur l'arrêt ou la prévention de la rechute. Le cas de Monsieur W. est représentatif de cette dernière idée : une restructuration semble-t-il efficace sur de nombreux points, mais pas nécessairement d'arrêt de la prise d'alcool qui dépend d'autres actions et d'une certaine motivation de la part du patient.

L'anamnèse rapide de Monsieur W. nous apprend que, septième enfant d'une fratrie de dix, il a vécu petit dans une ambiance bourgeoise où le seul point noir fut la faillite de l'entreprise paternelle. Il décrit cependant son père comme « trop autoritaire » et sa mère comme « trop hystérique ». Bon élève, et même premier de sa classe alors qu'il avait deux ans d'avance, il redouble toutefois pour quelques relâchements, et vit cela comme une profonde injustice. Après son baccalauréat il entame des études de médecine qu'il juge assez laborieuses. Il termine médecin du travail et vit cette orientation comme un échec, ne l'ayant pas choisie.

Son histoire avec l'alcool peut se résumer ainsi :

- de 25 à 34 ans, c'est un bon vivant et l'alcool rythme sa vie ;
- à 35 ans il découvre l'alcool comme psychotrope ;
- à 52 ans, c'est son premier sevrage hospitalier, de huit jours, qui se transforme en échec ;
- à 53 ans, un second sevrage hospitalier, de vingt-huit jours cette fois, les résultats sont plus encourageants, en partie parce qu'il accepte le suivi psychologique ;
- à 56 ans, lorsque nous le rencontrons, son alcoolisation alterne avec des périodes d'abstinence qui correspondent à des tentatives d'auto-contrôle.

Monsieur W. se dit aussi stressé, anxieux, incompetent et vulnérable. Dans son discours, comme une litanie, reviennent des phrases du type : « De toute façon, il faut vivre ce que je vis pour comprendre... » ; « Quand on ne boit pas on ne peut pas savoir » ; etc. C'est en particulier ce qui va nous pousser à lui proposer une thérapie orientée schéma comme nous

l'avons décrite. Nous remarquerons cependant que le discours de Monsieur W. est assez ambivalent dans le sens où souvent, il essaie aussi de nier son problème avec la boisson.

Pour terminer de situer Monsieur W., nous ajouterons qu'il vit maritalement et que son couple se porte bien. Par contre, il a des mauvaises relations avec son fils, qui lui aussi « ne peut pas comprendre », car il ne boit pas, ne souffre pas. Il connaît aussi des relations assez tumultueuses sur son lieu de travail et avec sa hiérarchie en particulier, à cause, encore une fois, de son trouble. Quelques petits problèmes cardiaques ont également été diagnostiqués récemment, ce qui renforce son anxiété et son sentiment de vulnérabilité.

L'analyse de son comportement problème le place dans un stade de *contemplation* : il a des difficultés à accepter sa dépendance, mais veut en même temps arrêter l'alcool, pour ne pas devenir une « loque » comme il dit en avoir tant connu. Il a, dans tous les cas, des difficultés à se considérer comme malade. Son anxiété est fortement marquée, surtout au niveau de la performance et des relations sociales ; les stratégies qu'il utilise sont de l'ordre de la fuite et de l'évitement.

Enfin, et cela aurait pu être le commencement, Monsieur W. consulte pour ce protocole, dans un cadre associatif réservé à l'alcoolodépendance sans structure de sevrage, pour un soutien psychologique préparatoire.

Nous proposons donc à Monsieur W. de suivre la procédure décrite précédemment. Il voit les extraits d'interviews de Zinedine Zidane et de Serge Gainsbourg et remplit les questionnaires des schémas.

Une semaine plus tard, nous lui expliquons précisément ce que nous entendons par schémas, et nous décrivons les schémas testés à l'aide des questionnaires qu'il a remplis. Nous lui exposons clairement que notre but est de lui faire relativiser ses sentiments d'appartenance à un groupe connaissant des règles, de faire émerger ces règles, de lui permettre de reconsidérer certaines de ses « excuses »... Implicitement, l'inciter à penser autrement en trouvant des alternatives, ce qui correspond à la restructuration.

Les items analysés sont donc ceux qui satisfont à une évaluation pour Serge Gainsbourg, identique à celle pour Monsieur W., et à l'opposé pour Zinedine Zidane.

*Je dois toujours rester sur mes gardes pour éviter que l'on me blesse*

Spontanément, lorsqu'il est demandé à Monsieur W. pourquoi cela ne concerne pas Zinedine Zidane, il nous répond que ce dernier est un sportif. Et tout aussi spontanément, il admet qu'un sportif doit faire très

attention à ne pas être blessé. Monsieur W. tente bien d'expliquer qu'il n'avait pas compris la phrase dans ce sens et qu'il pensait effectivement à une vulnérabilité plus psychologique, mais aussitôt remet en cause le fait qu'un sportif ne peut être blessé psychologiquement, et accepte que Serge Gainsbourg n'affichât pas une faiblesse psychologique excessive (tableau 3.15).

C'est pour nous l'occasion de l'analyse d'une distorsion cognitive : une inférence arbitraire tenant sur une généralisation excessive du sentiment de faiblesse, à la fois sur les domaines et sur les personnes. Généralisation que Monsieur W. comprendra comme très importante dans sa façon de considérer sa propre évolution dans son environnement.

*La menace du danger me préoccupe plus que la moyenne des gens ; j'ai peur de tomber malade ou qu'il m'arrive malheur*

Encore une fois, Monsieur W. y retrouve son sentiment de vulnérabilité, mais cet item mis à la lumière de l'analyse des *pensées* des personnages, révèle une règle dysfonctionnelle de l'ordre de la boule de cristal. Monsieur W. nous explique sa réponse en disant : « Comme j'ai bu et que je ne me suis jamais occupé des autres, je vais bien finir par le payer. » Pour lui, Serge Gainsbourg a payé ses excès alors que Zinedine Zidane vivra obligatoirement vieux et en bonne santé. Il ne faut que quelques secondes à Monsieur W. pour revenir sur l'incohérence de son raisonnement, pour critiquer lui-même les prémices, la règle et les conclusions, trouver des contre-exemples parmi des personnes célèbres ou juste connues de lui.

*Je suis terne et ennuyeux. Je ne sais pas parler en présence d'autrui*

Cette attribution à l'alcool d'un pouvoir qui le rend assertif se fait en expliquant que Serge Gainsbourg avait besoin d'alcool pour devenir intéressant, et que Zinedine Zidane est toujours intéressant. Habitué maintenant à ses propres contradictions, sans intervention de notre part, Monsieur W. corrige son raisonnement.

Il est à noter qu'à ce stade, le patient corrige de lui-même chacune de ses conclusions à l'aide de phrases du type : « D'accord, on ne peut pas savoir... » ; « Je généralise... » ; « Gainsbourg avait du génie, il n'avait pas obligatoirement besoin d'alcool... » ; « Bien entendu être sportif ne veut pas dire que... ». Mais ces corrections se font avec des émotions assez négatives, un agacement perpétuel qu'il attribue à sa propre *bêtise*, mais aussi à un soi-disant piège que nous avons pu lui tendre en choisissant des situations dans lesquelles obligatoirement il

*Tableau 3.15. Exemple du travail de Monsieur W. sur l'item « Je dois toujours rester sur mes gardes pour éviter que l'on me blesse ».*

Discours	Remarques
<p>Thérapeute : « À cet item, vous considérez donc que Gainsbourg répond exactement comme vous, et Zidane différemment, à l'opposé. Vous pouvez m'expliquer pourquoi ? »</p> <p>Monsieur W. : « Zidane est un sportif. C'est pas une question pour lui, les autres le respectent et puis physiquement il est en forme. »</p> <p>Thérapeute : « Il ne fait donc pas attention ? »</p> <p>Monsieur W. : « Mais si... oui. Lui aussi il risque les blessures, à l'entraînement, c'est sûr qu'il fait attention de ne pas trop en faire... Mais je parlais de faire attention psychologiquement, parce que les autres peuvent le blesser moralement. »</p> <p>Thérapeute : « Vous avez parlé de respect... »</p> <p>Monsieur W. : « Mais oui... c'est sûr que Zidane peut aussi être blessé psychologiquement... quand il rate quelque chose, il en prend plein les dents... Mais physiquement il est plus fort que Gainsbourg, alors déjà, sur ce point il a moins de problèmes... Bon, psychologiquement, Gainsbourg était aussi sûrement assez fort, de toute façon il s'en foutait des autres et c'est lui qui faisait peur. »</p> <p>Thérapeute : « Quelles faiblesses pour Gainsbourg alors ? »</p> <p>Monsieur W. : « Et bien il buvait déjà. Il se laissait aller. »</p> <p>Thérapeute : « Ça suffit ? »</p> <p>Monsieur W. : « Ba oui, tout s'enchaîne. De toute façon, quand on commence à se laisser aller, sur la santé, sur les abus, tout le reste s'en ressent, c'est évident. »</p> <p>Thérapeute : « Sur le physique ? »</p> <p>Monsieur W. : « Le psychologique est touché aussi. Vous buvez, vous montrer vos faiblesses, vous vous énervez plus facilement, y'a le besoin derrière. Vous savez, vos collègues, vos amis, même votre femme ne vous lâche plus. C'est pas qu'ils en profitent, parce que ce n'est pas pour vous faire vraiment du tort, sauf pour certains. En tout cas, c'est tout le temps, partout. Quand on boit c'est le genre de faiblesse qui vous oblige à toujours être sur vos gardes. »</p>	<p><i>L'analyse commence ici par une simple mise en avant des paradoxes dans la réponse. Il est clair ici que le patient connaît ses paradoxes, sait lorsqu'il avance des arguments sur lesquels rien ne peut tenir. Le but est de lui faire exprimer clairement et de lui permettre d'exprimer les autres éléments qui peuvent y être liés : émotions, règles dysfonctionnelles...</i></p> <p><i>Le patient reviendra souvent lors de la thérapie sur ce respect qu'il pense que l'on ne peut accorder à quelqu'un qui consomme excessivement de l'alcool. Il dira que c'est l'image qu'il possède de lui-même et de tous les alcoolo-dépendants.</i></p> <p><i>La généralisation apparaît ici dans le discours du patient. Elle sera, sur cet exemple et sur des réponses ultérieures, largement développée et travaillée pour comprendre les règles dysfonctionnelles qui y sont associées et permettre les alternatives.</i></p>

Tableau 3.15. (suite)

Thérapeute : « Alors, pour vous comme pour Gainsbourg. »	<i>Une règle dysfonctionnelle s'exprime par ce biais. Le travail n'est pas encore assez avancé pour demander au patient de trouver une alternative et le patient n'est pas prêt à accepter cette étape de la restructuration, mais elle est notée et retenue pour la suite.</i>
Monsieur W. : « Pour moi c'est sûr, c'est comme ça que ça se passe, pour Gainsbourg j'en sais rien, pour Zidane y'a aussi sûrement de ça, mais peut-être pas sur l'alcool. C'est pour ça que dès que je bois, je sais que je dois faire attention aux autres, je dois rester sur mes gardes, physiquement et psychologiquement, vous savez, les autres ne sont pas tendres... »	

ferait de telles erreurs. Il est possible de croire qu'au moins il a bien compris l'exercice et son but.

*Je ne suis pas aussi intelligent ou doué pour le travail que les autres*

L'expression de Monsieur W. pour expliquer sa réponse est : « On ne va tout de même pas se comparer à Zizou. » L'idée n'est pas, bien entendu, de dénigrer les sportifs, mais sans problème nous en arrivons vite, presque d'un regard, à lui faire dire que Serge Gainsbourg était sûrement très intelligent, très doué, voire génial, que lui-même a réussi ses études, même si durant celles-ci, il s'était imaginé d'autres débouchées. Monsieur W. comprend par cet exemple comment la faible estime de soi qu'il possède, le conduit à des distorsions cognitives du type minimisation des réussites et maximalisation de ce qu'il considère comme étant des échecs.

*J'ai tant à faire qu'il ne me reste presque plus de temps pour me détendre et me divertir*

Les pensées anticipatoires liées à l'alcoolisation apparaissent clairement : « L'alcool m'aide à me détendre ; Zizou, lui, n'a pas besoin de ça » ; ainsi que les pensées soulageantes : « Je n'ai pas de satisfaction dans ma vie, si je ne peux pas boire un verre, je n'ai plus rien... Gainsbourg avait sûrement le même problème » ; et les pensées permissives : « Lorsque j'ai travaillé toute une journée, j'ai le droit à un petit verre tout de même, ça ne veut pas dire que j'en prendrai plus. » Puis, encore une fois, de lui-même, Monsieur W. corrige ses pensées en expliquant qu'évidemment, Serge Gainsbourg n'avait pas de problème pour boire un verre, avait de plus certainement beaucoup d'occasions pour se détendre, que Zinedine Zidane travaille sûrement beaucoup, qu'il a sans doute des soucis qu'il voudrait bien mettre à l'écart d'une façon ou d'une autre. Monsieur W., sur la question des occasions et des moyens, en arrive très vite à s'opposer aux deux vedettes, et donc à

accepter qu'une variable assez discriminante entre eux trois n'est pas l'alcool, mais la célébrité et l'argent.

### *Les séances suivantes*

Les dysfonctionnements cognitifs mis en évidence, les séances suivantes sont consacrées à des réflexions du même ordre sur des événements de la vie de Monsieur W., sur des recherches de l'influence des règles retrouvées. Il est recherché des informations confirmant ses croyances d'appartenance à un groupe discriminé par l'alcoolodépendance. Ces informations sont classées en fonction de leur *véracité*, certaines sont acceptées comme réellement discriminantes, d'autres comme le reflet des dysfonctionnements cognitifs de Monsieur W.

De manière générale, l'effet sur les cognitions de Monsieur W. est visible au niveau des entretiens cliniques. Toutefois, le véritable problème pour Monsieur W. est qu'il existe une dépendance installée. Même si émotionnellement, Monsieur W. accepte difficilement toutes ces remises en cause, il semble que le travail sur les motivations à l'arrêt de Monsieur W. est facilité par cette procédure.

Cet exemple montre clairement qu'un exercice « orienté schémas » ne peut être un mode de thérapie à part entière, mais constitue une aide possible pour d'autres interventions plus globales. Notre logique reste celle de la restructuration cognitive, de la mise en évidence des règles cognitives dysfonctionnelles, de l'analyse de l'influence de ces règles, de la prise en compte d'alternatives qui d'elles-mêmes pourront s'imposer. Les différences avec la restructuration plus classique, basée sur le questionnement socratique, restent la rapidité de la mise en évidence des règles et la confrontation directe du patient avec ses inférences. Le matériel que nous utilisons, parce qu'il laisse une trace analysable sert ainsi de support à la confrontation du patient avec ses propres fonctionnements, quasiment sans contournement possible. Les difficultés engendrées par ces procédures sont liées à ces différences et s'expriment essentiellement dans des émotions pouvant être négatives lorsqu'elles naissent d'une remise en cause qui nécessiterait plus de temps pour être pleinement acceptée. Monsieur W. durant les séances a exprimé de la tristesse et de la colère que nous aurions peut être pu atténuer en lui laissant le temps d'assumer ses dysfonctionnements. Cependant, il peut être tout aussi important d'exprimer ces émotions trop souvent contenues lors de séances de psychothérapie, d'une part parce que ce sont aussi des expressions des schémas que l'on veut modifier, et d'autre part parce que ce mode d'intervention est basé sur l'émotion. Chez Monsieur W., les émotions ressenties pendant la

restructuration étaient assez négatives, mais dans un exercice de restructuration, elles peuvent aussi s'avérer plutôt positives, comme dans le cas de la famille B. venue pour le TOC de Clémentine qui elle aussi a comparé ses schémas à ceux de deux autres personnes, son père et sa mère.

*Clémentine B., 12 ans, trouble obsessionnel compulsif*

Clémentine est une fille de 12 ans, pleine de vie, assez bonne élève qui a beaucoup d'amis, un chien, un poisson rouge, une mère, un père mais ni frère, ni sœur, ni chat. Son problème, sans qu'elle arrive à expliquer comment cela a pu se mettre en place, sans qu'elle ait de théorie compliquée dessus, est qu'elle a peur qu'un incendie se déclare. Pour éviter une telle chose, elle a pris, comme elle aime le dire, « de mauvaises habitudes ». Elle repère, par exemple, où qu'elle se trouve, la présence de cendriers. Puis, plus ou moins discrètement, selon que cela se passe chez elle ou que le cendrier soit sur une table éloignée dans un restaurant, elle vérifie que toutes les cigarettes qu'il contient sont bien éteintes. Chez elle, elle ira jusqu'à passer les mégots sous l'eau plusieurs fois, mouiller les cendres et attendre avant de vider l'eau dans l'évier et de mettre les mégots dans la poubelle parce que l'on ne sait jamais. Avant de monter dans une voiture, elle fera aussi le tour du véhicule pour vérifier que le clapet du réservoir d'essence est bien fermé et que rien ne laisse envisager que quelques gouttes explosives auraient pu se répandre. Lorsque son père ou sa mère font le plein de leur véhicule en sa présence, ce qui est assez rare par besoin de tranquillité, Clémentine ira demander aux autres personnes se servant en essence de bien vouloir éteindre leur téléphone portable. Si jamais elle voit quelqu'un fumer, même à l'intérieur du véhicule, durant la manœuvre, elle en vient presque à l'insulter. Plusieurs fois, ces moments ont pu dégénérer au grand dam de Clémentine qui sait pertinemment, et personne ne peut lui dire le contraire, qu'elle a raison. Elle dit en souffrir énormément car elle ne veut que montrer aux autres qu'ils font des choses dangereuses et personne ne la comprend.

Dans le même ordre d'idée, Clémentine avant de se coucher fait aussi le tour des abat-jour de la maison et pose une main dessus pour être certaine qu'ils ne sont pas trop chauds et ne risquent pas de s'enflammer spontanément.

Ses obsessions et compulsions étant assez circonscrites et assez gérable dans le cadre de la famille, ses parents tardaient à l'amener en consultation, se disant que les choses évolueraient d'elles-mêmes avec le temps. Mais un événement a précipité leur venue. En vacances dans un hôtel pour la première fois depuis que Clémentine pensait ainsi aux incendies, ils ne purent passer une seule nuit correctement. D'abord, le soir, Clémentine se sentait obligée de vérifier les cendriers qu'elle avait pu repérer à chaque étage, et il y avait beaucoup d'étages. Elle commençait par le haut pendant que ses parents prenaient un café au bar, arrivée en bas, elle les rejoignait,

vérfiait les cendriers du bar et pensait que quelqu'un avait pu mal écraser sa cigarette au dernier étage, elle repartait alors dans son travail digne de Sisyphe. Aller se coucher était pour elle un calvaire, une torture, ses parents buvaient bien trop de café et leurs vacances furent en partie gâchées.

La maman, Marylène, n'a pas le moindre problème, enfin, selon elle. Elle a 37 ans, est employée de mairie dans une petite ville, se sent très « cool ». Elle s'est mariée une première fois à dix-huit ans, sur un coup de tête, elle savait qu'il était « crétin », mais il était « tellement beau ». Ce mariage n'a duré que trois mois mais elle en garde de bons souvenirs. « Après tout, c'est une expérience à vivre, et si on ne parle pas du côté intellectuel, nous nous entendions très bien. » Son enfance a été heureuse, en pleine campagne dans un petit village, libre au milieu des animaux. Ses parents étaient « soixante-huit-très-tard » et « vivaient en communion avec eux-mêmes et la nature ». Elle les appelait par leur prénom et ne comprend pas pourquoi Clémentine s'obstine à l'appeler maman, alors que Marylène c'est « si mignon ». Sa scolarité avait été facile, du moins c'est le souvenir qui lui en restait. Elle se dit elle-même « caricature de la coolerie » et en tire une certaine fierté. Le café, l'alcool (assez modérément tout de même) et les cigarettes ne lui font pas peur.

Le portrait du père est un peu différent. Jacynto a 37 ans lui aussi. Il est dentiste. C'est l'ami d'enfance de Marylène, ils vivaient dans le même village. Il dit que petit, il était, « tout comme elle », mais il dit aussi que lui a grandi, comme il se doit. Ils avaient été séparés à 16 ans lorsqu'il avait déménagé avec ses parents, mais à 24 ans, une mauvaise carie amena Marylène à la faculté d'odontologie et l'étudiant qui se pencha sur ses arcades fut Jacynto. Les événements se succédèrent très rapidement dans cet ordre : reconnaissance, coup de foudre, restaurant, mariage, Clémentine. Lui, se dit très stressé, anxieux, toujours à calculer, à gérer, à s'inquiéter pour ses « deux petites filles de la maison ». Il ne boit pas d'alcool, mais aime le café et fume beaucoup. Avec sa femme, ils passent leur temps à remplir les cendriers et Clémentine passe le sien à les vider.

Clémentine vient donc consulter pour son TOC. Un travail basé sur du *flooding* et sur du retardement de la réponse est mis en place. Les troubles de Clémentine évoluent favorablement, mais deux éléments satellites la perturbent beaucoup. D'abord, elle se dit très stressée par les actions des autres, elle reprend souvent l'exemple de la pompe. Elle affirme que lorsqu'elle intervient auprès de quelqu'un pour lui dire de ne pas téléphoner en se servant en essence, ce n'est pas « moralisateur », ce n'est pas « méchant », mais qu'elle est toujours mal accueillie... « et pourtant c'est pour leur bien ». Ensuite, l'équilibre familial n'est pas celui rêvé pour le traitement de Clémentine, alors que ces parents doivent intervenir dans les expositions. C'est une famille unie, mais avec ses règles implicites de fonctionnement qui rendent parfois les

choses difficiles. Marylène, par exemple, a sa place réservée au pilori ; elle est souvent accusée de ne pas être consciente des contraintes de la vie, et tant sa fille que son mari n'hésitent pas à le lui dire. Il existe une sorte de complicité entre Clémentine et son père sur l'idée de la bien-séance, des responsabilités, etc. En fait, dès qu'un travail plus cognitif, de restructuration en l'occurrence, est envisagé avec Clémentine, elle se réfugie derrière des « je ne sais pas pourquoi je pense ces choses alors je ne peux rien faire contre » et des « j'en fais plus que papa, mais on a tous les deux raison » qui rendent les techniques peu efficaces. Une prise en charge orientée schémas nous semble appropriée sur plusieurs points :

- la possibilité pour Clémentine de comprendre pourquoi elle pense « ces choses, et bien d'autres choses » sans culpabiliser un membre de la famille ;
- aider Marylène et Jacinto à changer un peu leur relation, sachant qu'ils en sont demandeurs car ils veulent à la fois être acteurs dans le processus de guérison de leur fille, et intervenir sur quelques-uns de leurs problèmes de couple ;
- fournir rapidement et facilement des alternatives de traitement à Clémentine qui ne soient pas *que* sous l'influence de ce que peut penser son père ;
- comprendre que le stress qu'elle exprime est en partie dû à ce qu'elle attend des changements chez les autres alors qu'ils ne changeront sûrement pas, car ils ont leur propre mode de pensée.

L'action orientée schémas commence pour Clémentine par la passation de l'ISPE et pour ses parents par celle du Questionnaire d'attitudes SQ-II (160 items).

Une semaine plus tard, ils doivent tous les trois, séparément, compléter des phrases telles que :

- « À la maison, quand on fait une soirée avec des gens qu'on ne connaît pas beaucoup, je... » ;
- « À la maison, je n'aime pas faire à manger parce que... » ;
- « À la maison, quand les autres font quelque chose qui ne me plaît pas, je me tais parce que... ».

Une vingtaine de phrases leur était proposée, mais nous n'avons repris que celles pour lesquelles le résultat était à peu près celui attendu. Ces phrases avaient été construites en fonction de ce que nous savions des comportements de Clémentine et de ses parents, de leurs habitudes, et de leurs réponses aux questionnaires de schémas. L'idée était qu'à

l'aide de ces phrases nous allons trouver des points communs entre Clémentine et son père, entre Clémentine et sa mère, explicables en termes de schémas. Des différences interprétables de la même façon étaient aussi attendues. Tous les cas de figures escomptés ne se sont pas présentés dans leur réponse, mais nous en avons assez pour continuer l'exercice.

La semaine suivante, comme à l'habitude pour les thérapies orientées schémas, nous leur avons expliqué la théorie. Nous leur avons aussi présenté leurs résultats aux tests en pointant les schémas les plus actifs chez eux, en comparant leurs réponses :

- Clémentine et son père ont trois schémas activés en commun : Isolement, Méfiance et Incompétence ;
- Clémentine et sa mère n'ont en commun que le schéma Peur de Perdre le Contrôle très activé ;
- Marylène a un schéma Sacrifice de Soi très activé contrairement à sa fille et à son mari.

Il est évident que la comparaison des résultats du test pour adulte et du test pour enfant n'a que peu de valeur scientifique et ne peut se faire que parce que les schémas décrits ont des noms similaires. Aucune étude ne permet de dire que ce sont bien les mêmes structures qui sont mesurées et c'est une liberté clinique que nous avons prise ici.

La semaine suivante nous interprétons avec eux les réponses intéressantes qu'ils ont pu donner en reprenant les trois phrases précédentes.

*À la maison quand on fait une soirée avec des gens qu'on ne connaît pas, je...*

Clémentine : «... me fais c... comme un rat mort. »

Jacynto : «... laisse parler ma femme. »

Marylène : «... passe un bon moment. »

Les schémas que nous tenons à travailler ici sont ceux de l'Isolement (solitude, rejet des autres, impossibilité à s'investir dans des relations sociales...) et de la Méfiance (méfiance vis-à-vis d'autrui...) que Clémentine et son père partagent alors que chez Marylène, ils ne sont pas activés.

L'excuse de la phrase permet d'aborder la restructuration rapidement, de faire naître les alternatives dans le trio de la famille B. Par ce travail familial, Marylène et Jacynto sont aussi entraînés dans la dynamique de l'exercice ce qui est profitable pour eux, bien sûr, mais surtout pour Clémentine. L'essentiel pour elle étant ici d'accepter que le monde dans lequel elle évolue est un monde *virtuel* créé par l'illusion que

Tableau 3.16. Exemple du travail de la famille B. sur la phrase  
« À la maison quand on fait une soirée avec des gens  
qu'on ne connaît pas, je... »

Discours	Remarques
Thérapeute : « Alors, comme nous l'avons tous accepté, sans revenir sur des polémiques familiales, pourquoi ces réponses, par rapport aux schémas ? Clémentine ? »	<p><i>Il s'agit d'amener « doucement » la discussion sur l'orientation de traitement que génèrent les schémas en amenant chacun à dire que la position de l'autre est ainsi justifiée, et en plus faire accepter que personne ne changera juste parce que quelqu'un exige ce changement.</i></p>
Clémentine : « Ben, c'est sûr que maman n'aurait pas ces deux schémas alors, elle ne se méfie pas des autres si elle les connaît pas. C'est pour ça qu'à la maison, on la laisse parler avec papa... Nous on se méfie. »	
Thérapeute : « Est-ce que quelqu'un à raison ? Jacynto ? »	<p><i>Nous nous étions mis d'accord sur le fait que ces séances devaient avant tout être profitables pour Clémentine, c'était donc à elle de faire le travail de restructuration, ses parents étaient des soutiens lors de ce travail, des sources d'alternatives.</i></p>
Jacynto : « Si je dis oui, vous allez ruer dans les brancards, alors non. C'est évident que la différence est bien là... Maintenant, sans même avoir raison ou tort, se méfier c'est quand même être prudent. »	
Marylène : « C'est moi qui vais ruer dans les brancards, car par exemple, je suis certaine d'avoir raison, tant qu'on n'est pas certains que quelqu'un nous veut du mal, il n'y a aucune raison de se méfier... Mais eux deux pensent le contraire. Hein Clémentine ? »	<p><i>Dans une telle interaction, la confrontation des interprétations arrive rapidement. La canaliser permet d'avancer dans la restructuration.</i></p>
Clémentine : « Oui, on pense le contraire et il faut se méfier tant qu'on ne sait pas que les autres ne veulent pas nous faire du mal. »	
Thérapeute : « Et comment a-t-on appelé cela dans la théorie ? »	<p><i>Revenir sur la théorie nous permettait de ne pas déborder sur des « vieux cadavres familiaux cachés dans des placards »...</i></p>
Clémentine : « Les règles des schémas. C'est sûr que pour ce coup-là Maman et Papa et moi, on n'a pas les mêmes schémas et on a pas les mêmes règles. »	
Thérapeute : « Et tu voudrais que ta mère change sa façon de penser ? »	<p><i>Clémentine est confrontée à l'une de ses sources de stress : sa volonté de voir changer les autres parce qu'elle pense que sa position est la meilleure. Réfléchir « froidement » avec Clémentine lui permettait d'accepter cette réalité et d'avancer en restructuration.</i></p>
Clémentine : « Peut être. Mais c'est donc tout le schéma qu'il faudrait changer, j'aurais beau lui dire de penser autrement, elle ne le fera pas... Maintenant, elle peut comprendre mon point de vue, mais ce n'est pas le sien. »	
Thérapeute : « Marylène, vous en pensez quoi ? » Marylène : « Je pense évidemment que c'est à eux de changer que la meilleure règle à avoir est la mienne, c'est celle qui permet le plus de ne pas se pourrir la vie. »	

Tableau 3.16. (suite)

Thérapeute : « Clémentine, ta mère te demande de changer... »	
Clémentine : « Et je ne changerai pas, je ne comprendrai même pas pourquoi elle veut que je change là dessus, surtout que mon père pense comme moi. »	<i>Confrontation de Clémentine avec l'un de ses paradoxes.</i>
Thérapeute : « Tu as la cause de ton jugement, tu as une justification extérieure de ta position avec ton père, et tu ne changeras pas... Ça te fait penser à quoi ? »	<i>Généralisation... ou plutôt retour sur une situation encore plus « concrète » pour Clémentine...</i>
Clémentine : « Le gars qui met de l'essence, qui ne se rend pas compte que c'est dangereux de téléphoner en même temps et qui ne changera pas. »	
Thérapeute : « Et ce qui te stress, ce qui fait que ta mère te stress en ce moment même ? »	<i>Clémentine formule la cause externe de son stress, la cause interne (elle sera encore rapportée aux schémas) et implicitement la solution possible... par l'acceptation d'alternatives de pensées assouplissant ses schémas.</i>
Clémentine : « C'est que j'attends qu'ils changent... »	
Marylène : « Parce que tes schémas te disent que tu as raison... comme les miens me disent que j'ai raison.../... »	

lui apportent ses propres schémas : une illusion de justesse dans ses opinions, une illusion faisant qu'elle se persuade que les autres n'ont besoin que d'un petit coup de pouce, une étincelle de raison, pour penser justement et changer leurs comportements. Dans ce monde de Clémentine, ce petit coup de pouce n'est rien d'autre que ses propres interventions dans les stations essence. La solution serait, comme dans toute bonne gestion du stress, de l'amener à ne pas attendre ces changements, à ne pas avoir d'exigences si importantes envers les autres. Ainsi, elle pourrait même aller formuler ses pensées, avoir ses réponses parfois tournées sous forme d'insultes, et ne pas pour autant se sentir stressée, être juste satisfaite d'avoir fait ce qui lui semble bon, et quant aux autres... « qu'ils aillent au diable ! » Mais ce travail, bien qu'étant initié par nos exercices orientés schémas, nécessite un peu plus d'efforts et d'exposition-confrontation à la réalité.

*À la maison je n'aime pas faire à manger parce que...*

Clémentine : «... je rate tout. »

Jacynto : «... même le chien n'en veut pas. »

Marylène : « Je préférerais faire autre chose mais il faut bien que quelqu'un s'y colle. »

Après avoir accepté la réponse de Marylène, même si elle ne correspondait pas exactement à la consigne, comme pour la phrase précédente l'exercice s'est centré sur une explication schématique des réponses. Le schéma Incompétence activé chez Clémentine et Jacynto a été opposé au schéma Sacrifice de Soi activé chez Marylène.

De même que pour l'analyse de la phrase précédente, il était demandé, une fois les règles de pensée exprimées, de chercher d'autres exemples de situations de la vie quotidienne qui pouvaient poser des problèmes pour les mêmes raisons de traitements différents. Dans ces conditions, les exemples arrivent facilement...

Nous noterons qu'une difficulté existe dans une telle prise en charge familiale qui n'apparaît pas en gestion individuelle : le thérapeute est attendu comme le juge, comme le « connaisseur de la vérité ». Bien entendu, cette attente existe aussi en prise en charge individuelle, mais les questions sont plus facilement éludées par des « c'est à vous de voir, je suis moi-même influencé par mes propres schémas... » ; de « ce n'est sûrement pas ma réponse qui vous convient le mieux » ; etc. Dans une interaction plus compliquée comme celle-ci, le thérapeute doit réussir à ce que l'un n'impose pas sa façon de voir, sans s'appuyer sur ses propres opinions. La difficulté est aussi de ne pas insister sur l'aspect dysfonctionnel d'une règle de l'un des patients, surtout lorsque celle-ci s'oppose complètement à la règle exprimée par un autre. C'était le cas dans l'analyse de la phrase précédente dans la formulation des règles associées au schéma Méfiance. La difficulté vient de ne pas se poser comme la référence, mais aussi du fait qu'il n'existe même pas de juste milieu à exprimer : un « mais parfois il faut se méfier des inconnus et parfois il ne faut pas », n'aurait pas beaucoup de valeur.

*À la maison quand les autres font quelque chose qui ne me plaît pas, je me tais parce que...*

Clémentine : «... ça se termine toujours par une dispute et je deviens méchante. »

Jacynto : «... ça ne sert à rien. » (Entre parenthèses, il avait ajouté « soupir ».)

Marylène : «... ils m'énervent tous les deux et j'ai envie de les frapper. »

Les réponses à cette phrase nous ont permis de travailler le schéma Peur de Perdre le Contrôle activé chez Clémentine et sa mère et non chez Jacynto. C'était une très bonne occasion de montrer

qu'une réponse similaire, à savoir le silence, pouvait naître de différentes interprétations, de différentes règles et, en fait, de différents comportements. C'était l'occasion de montrer à Clémentine qu'elle partage des modes de pensées avec sa mère sur certains points, et non avec son père.

La suite du travail de restructuration avec la famille de Clémentine a consisté, une fois le concept de schémas bien assumé, à leur faire imaginer, sur cette base, les pensées des autres dans certaines situations réelles ou non. Chacun, de cette façon sert effectivement de source d'alternatives ; *réellement*, car il exprime ses pensées, mais aussi *virtuellement* car ses pensées sont imaginées par les autres. L'habitude prise de fonctionner ainsi, permet à Clémentine, dans toute situation de pouvoir se dire : « Comment Papa ou Maman comprendraient ça ? Qu'est-ce qu'ils feraient ? » Décentration et arrêt de la pensée qui sont aussi des avantages dans le reste de sa thérapie pour gérer ses TOC.

Ces avantages de l'interaction dans les thérapies orientées schémas (générer des alternatives, confronter directement les points de vue, permettre au thérapeute de se sortir de situations compliquées, etc.) sont aussi à exploiter dans les thérapies de groupes. Nous avons mis au point et testés quelques protocoles de groupes assez efficaces dans la gestion de l'anxiété et du stress par l'approche orientée schémas que nous pouvons résumer, sans les présenter en analyses de cas trop compliquées.

### **Petits traitements entre amis...**

Nous présenterons ici, de manière assez succincte, le déroulement standard de groupes de thérapies orientées schémas en cinq séances de deux heures, mises au point avec Céline Zupancic et Dominique Servant.

*Pourquoi ces séances de thérapie en groupe ?* La réponse tient en quelques poncifs.

Les patients, et ceci pour de nombreux troubles, ont parfois des difficultés à s'investir dans un protocole thérapeutique. Parmi les raisons de ces difficultés, il en existe trois considérées comme des facteurs du sentiment d'aliénation (Burns et Beck, 1978) :

- les patients n'ont que peu de connaissance sur leur trouble et sur les fonctionnements cognitifs qui les guident ;
- les patients se sentent isolés, croient devenir fous, ils n'ont pas conscience que leur cas n'est pas unique, en partie parce que leur entourage, mis à dure épreuve, ne les comprend pas ;

*Tableau 3.17. Exemple du travail de la Famille B. sur la phrase  
« À la maison quand les autres font quelque chose qui ne me plaît pas,  
je me tais parce que... »*

Discours	Remarques
<p>Thérapeute : « Clémentine ? schémas ? règles ? Comment tu interprètes ces réponses ? »</p> <p>Clémentine : « Ben, en fait, tout le monde se tait parce que tout le monde sent bien qu'il ne faut pas faire monter la sauce, que ça va mal tourner. Ça vient du schéma de Contrôle. »</p> <p>Thérapeute : « Jacynto ? »</p> <p>Jacynto : « Pas pour moi. Je pense juste que ça ne sert à rien, mais moi je ne frapperai personne. C'est juste une question de courage pour moi... Don Quichotte contre les moulins c'est pas mon truc, je ne suis pas Clémentine. »</p> <p>Clémentine : « Mais moi non plus c'est pas mon truc. »</p> <p>Thérapeute : « C'est pas ce que tu cherches quand tu vas parler aux gens dans les stations essence ? »</p> <p>Clémentine : « Un peu... mais dans ces cas-là, pourquoi je vais les voir, je devrais aussi ne rien faire parce que j'ai peur de ne pas me contrôler... »</p> <p>Thérapeute : « A toi de me le dire... »</p> <p>Clémentine : « Je vois pas, dans les deux cas, je devrais rien dire, y'a pas de différences. »</p> <p>Thérapeute : « Je vois Marylène qui sourit... »</p> <p>Marylène : « Moi je sais, elle a juste un peu plus peur des réactions des gens que de ses propres réactions, alors qu'à la maison, elle sait que personne ne lui fera du mal, que c'est elle qui risque de faire du mal aux autres... Je suis aussi comme ça... »</p> <p>Thérapeute : « Clémentine, est ce que ça te convient. »</p> <p>Clémentine : « Un peu, mais c'est pas complètement ça. »</p> <p>Jacynto : « Non, pas complètement... C'est aussi que dans les stations services elle sait qu'à la fin c'est moi qui m'engueule avec les autres pour la défendre... et puis elle perd le contrôle, même si elle à peur. Faut la voir, des fois elle est méchante... et vulgaire ! »</p>	<p><i>La première attitude de Clémentine sera d'essayer pour cette fois aussi de dire qu'elle fait comme son père.</i></p> <p><i>L'alternative de pensée est nette et clairement opposée à celle de Clémentine.</i></p> <p><i>Cette réflexion de Clémentine montre comment très vite, elle manipule les concepts et les paradoxes qu'ils engendrent, mais aussi comment elle cherche souvent à ne pas changer d'opinion elle-même. Cet exemple sera repris avec elle par la suite.</i></p> <p><i>L'avantage de ce mode d'interaction est que le thérapeute peut aussi se sortir de situations difficiles en faisant appel aux autres.</i></p> <p><i>Clémentine en vient elle-même à se rapprocher des comportements de sa mère, sur un aspect dont en fait elle tire une certaine fierté. L'exercice continuera sur ce ton.</i></p>

Tableau 3.17. (suite)

Clémentine : « Ben ça, ça vient de Maman ! »
Thérapeute : « C'est bien ce que l'on disait... Et qu'est ce qu'il y aurait d'autre qui vient de ta Maman ?.../... »

- il est souvent difficile pour les patients d'évaluer leurs propres progrès, car ils n'ont pas de référence, il est alors difficile pour eux de se fixer des buts raisonnables et de s'y tenir.

Mais il en existe bien d'autres qui se rapportent à des soucis relationnels, financiers, géographiques, temporels, etc. Ces diverses difficultés amoindrissent l'efficacité des thérapies, et font que bien souvent, les patients perdent espoir, d'autant plus que le seul feed-back de leur thérapeute ne les convainc pas toujours de l'amélioration de leur état. Notre pratique clinique nous enseigne que parmi les différentes fonctions du feed-back dans les thérapies cognitives (Mirabel-Sarron et Rivière, 1993), c'est la reformulation en termes souvent trop technique qui fait défaut, ainsi que l'acceptation des renforcements positifs destinés au patient. En fait, le thérapeute n'étant pas lui-même, ordinairement, atteint de trouble, les patients gardent en tête qu'il ne peut pas tout comprendre de leur angoisse, de leur souffrance, malgré son expérience, car ils ont conscience du fait indéniable que leur cas est particulier.

Pour palier à ces problèmes rencontrés au niveau clinique, la thérapie de groupe est une réponse adéquate. Dans des séances de groupe, un patient bénéficie d'un feed-back extérieur, autre que celui de son thérapeute, qui renforce ses progrès et ses efforts. Le groupe est aussi, un bon moyen pour qu'un patient prenne conscience que son cas n'est pas unique, tout du moins dans l'expression des symptômes, dans sa façon de raisonner. Enfin, la discussion s'instaurant dans un groupe est une manière efficace d'acquérir une connaissance sur les mécanismes cognitivo-comportementaux spécifiques qui sont en œuvre dans l'élaboration et le maintien des structures pathogènes que sont les schémas. C'est aussi une façon d'aborder de nombreux cas et de répondre à leurs problèmes par des solutions qui seront par la suite transférables.

Les groupes auront donc divers avantages. D'abord, ils permettent de passer une certaine barrière psychologique existant entre le patient et son thérapeute. En effet, bien que le thérapeute soit considéré comme celui qui sait, il n'est que rarement vu comme celui qui connaît, car il n'y a pas de raison, aux yeux du patient, qu'il soit lui-même atteint

d'un même trouble. Aussi, le patient peut toujours croire que son cas est unique, par le simple fait qu'il n'arrive pas à mettre des mots précis sur tout ce qu'il ressent. Une thérapie de groupe a le double avantage de prouver au patient que l'expression de ses troubles n'est pas unique et de lui permettre de placer des étiquettes sur sa pathologie et les comportements qui lui sont liés. C'est pour cela que la plupart du temps, il est conseillé d'homogénéiser les groupes sur les troubles, mais aussi parfois sur le sexe, l'âge, la gravité des symptômes... Mais, pour des thérapies orientées schémas, l'idée n'est pas de se focaliser sur un trouble et son expression, mais bien la mise en avant de règles dysfonctionnelles et leur remplacement. Aussi, l'homogénéisation peut être bien moins stricte. De plus, le thérapeute est plus libre, dans une telle situation, de parler de sa propre expérience, d'autant plus que parlant de schémas il s'agit de parler d'erreurs, et il peut alors apparaître effectivement comme l'un de ceux qui connaissent.

Les groupes ont aussi cet avantage de permettre aux patients de reconnaître facilement les pensées et les comportements qu'ils partagent et cela, sans qu'il ne soit attendu qu'ils dévoilent leur intimité, qu'ils ne racontent les événements pénibles de leur vie, même si certains, entraînés par la dynamique du groupe, en ressentent la nécessité pour pouvoir progresser. Chacun y trouvera ce qu'il y apporte, et bien souvent il n'y apportera que ce qu'il veut y apporter, le groupe sera justement la bonne excuse pour ne pas dévoiler certaines choses. Par contre, tous repartiront avec plus qu'ils n'avaient en arrivant, ceci étant aussi vrai pour le thérapeute.

Enfin, les groupes ont pour eux, lorsque l'on tente des restructurations cognitives, d'apporter facilement et rapidement aux patients des exemples concrets des pensées dysfonctionnelles, de la façon de les repérer, et d'apporter en un même voyage les alternatives. Pour ce qui est de l'habitude à utiliser les alternatives, les groupes sont aussi générateurs de petits trucs, de méthodes communes, très pratiques, et facilement exploitables pour faire face quotidiennement aux schémas pathogènes.

Néanmoins, les groupes connaissent aussi des effets pervers. Tout thérapeute menant un groupe doit, en premier lieu, se méfier de phénomènes de contagions symptomatiques entre les patients. Des exemples simples seraient celui de la personne souffrant d'anxiété généralisée qui découvre que des comportements obsessionnels-compulsifs pourraient faire baisser pour un temps sa propre anxiété, ou encore celui du patient souffrant d'une phobie sociale se limitant à la prise de parole en public qui se rend compte qu'être observé en train de manger est tout aussi

angoissant. De plus, un thérapeute menant un groupe doit aussi se méfier du découragement collectif qui peut naître de la dynamique du groupe : comme lorsque l'on parle de support social, il est déconseillé à un dépressif de raconter ses malheurs à un autre dépressif, qui certes le comprendra mais ne l'aidera pas. De la même façon, les groupes peuvent amener un patient à se décourager, car il ne se sent pas avancer par rapport aux autres ; car il peut croire que son trouble est bien plus important que ceux des autres ; car il prend conscience de l'ampleur de son trouble alors qu'il pensait juste avoir quelques difficultés à prendre le métro. Nous avons aussi pu remarquer qu'un patient, découvrant par le groupe qu'il n'est pas seul à souffrir, commence à revendiquer son appartenance à une catégorie de personnes (ceux atteints de tel ou tel trouble) et y trouve une identité qui pourrait être un frein à sa guérison. Ce ne sont, la plupart du temps, que l'attitude du thérapeute et la préparation minutieuse de son travail qui permettront d'éviter ces effets. Donc, ce qui est présenté ici n'est qu'un support ; un travail d'approfondissement reste à faire.

### *Séance 1*

1. *Présentation aux patients des principes de la thérapie cognitive et comportementale, de l'approche générale orientée schéma* : « Votre façon de penser influence votre manière de percevoir la réalité, ce qui vous pousse à éprouver certaines émotions et sensations, ce qui à terme engendre certains comportements qui peuvent être problématiques. »

2. *Explication du déroulement de la première séance* : « Cet atelier se déroule en quatre parties : l'écoute attentive d'une histoire ; la passation de questionnaires ; l'explication des principes thérapeutiques de la thérapie et une présentation des concepts qui seront travaillés dans ces ateliers en s'appuyant sur les résultats aux questionnaires. Ces passations auront véritablement un but thérapeutique que vous comprendrez par la suite. »

3. *Présentation de l'histoire* : « À présent vous allez entendre l'histoire d'une jeune femme qui s'apprête à partir aux sports d'hiver. Cette histoire dure quelques minutes et est composée de onze scènes distinctes ponctuées par des heures différentes. Il vous est demandé d'être le plus attentif possible à l'écoute de ce récit. Vous devrez, à la fin de cette présentation, répondre à deux questionnaires dont l'un fera référence à l'histoire entendue. »

4. *Écoute de l'histoire de Stéphanie aux sports d'hiver* :

**6 h 00** : Le réveil se déclenche et la radio se met en marche. La pleine lune éclaire la chambre. Stéphanie ouvre ses grands yeux bleus. Elle s'apprête à affronter une longue journée de départ en vacances. D'un pas franc, elle se lève et empoigne son peignoir. Puis, elle se rend dans la salle de bain pour se préparer. Soudain, son regard rencontre son reflet dans le miroir : elle marque un temps d'arrêt, et prend une profonde inspiration : Stéphanie murmure d'une voix fine : « ça ne change pas », puis se rend tête baissée sous la douche. (*Sentiment d'imperfection*)

**7 h 00** : Stéphanie prend un petit-déjeuner copieux pour affronter sa dure journée. Elle se rend sur la place de l'hôtel de ville pour l'embarquement à destination des sports d'hiver. Elle jette un regard furtif vers le coin de la rue. Elle tente d'apercevoir la voiture de Jérôme mais sans trop y croire. Il est tard et le rassemblement était prévu il y a déjà une demi-heure. Stéphanie se souvient de sa conversation téléphonique d'hier soir. C'était Jérôme qui lui annonçait qu'il se désistait car il avait mal à la gorge. Elle trépigne et regarde encore une fois l'horloge de l'hôtel de ville. (*Sentiment d'abandon*)

**8 h 15** : Stéphanie aperçoit l'organisateur du groupe : un petit moustachu. Il rassemble tout le monde avec son sifflet pour faire l'appel. Ensuite, il invite chacun à déposer ses bagages dans la soute du car. La valise de Stéphanie est trop lourde et encombrante alors elle la laisse où le taxi l'a déposée. Stéphanie aperçoit deux hommes costauds accoudés à l'arrêt de bus. Elle regarde les passagers monter les escaliers jusqu'à leurs places. Elle fait un signe pour indiquer qu'il faut l'attendre. Pourtant pas un des passagers ne semble regarder dans sa direction. (*Dépendance*)

**8 h 45** : Stéphanie monte enfin dans le bus. Tout le monde semble se connaître car les discussions vont bon train. Stéphanie est attirée par la conversation de jeunes femmes coquettes qui parlent du voyage, mais personne ne la remarque. Elle s'avance dans l'allée parcourant des dizaines de sièges occupés. Le chauffeur annonce dans le haut-parleur qu'ils vont bientôt partir. Stéphanie retourne alors sur ses pas en vitesse. Elle va s'asseoir sur le minuscule strapontin caché à l'avant du bus. Enfin, elle sort un livre policier qu'elle a acheté la veille, pour passer le temps. (*Sentiment d'exclusion*)

**9 h 00** : Le chauffeur démarre et sort de la place. Il tousse beaucoup et a le ventre trop rond pour conduire correctement. Stéphanie s'assure que tout se passe bien car il faut être prudent : la route est longue jusqu'au chalet. D'habitude, elle ne prend pas les transports en commun. Elle décide de s'assoupir un peu et se met du coton dans les oreilles. Une secousse brutale la surprend dans son sommeil. Le chauffeur a fait un écart pour éviter un animal sauvage qui venait du bois. Elle retire les bouchons de ses oreilles, juste au cas où. Elle prend son livre pour poursuivre la lecture. (*Vulnérabilité*)

**Le lendemain matin, 7 h 30** : Stéphanie se tient prête pour les activités sportives du jour. Elle s'habille chaudement et décide de commencer par le ski. Elle arrive sur les pistes, accompagnée d'une dizaine d'autres skieurs. Elle regarde les autres s'initier aux joies du ski tout en s'amusant. Ils se

débrouillent bien, et réussissent parfaitement les exercices. C'est au tour de Stéphanie qui s'élançe vers le moniteur. Son ski droit dévie vers l'extérieur et lui fait perdre l'équilibre. (*Sentiment d'échec*)

**12 h 00** : C'est l'heure du repas : Stéphanie se rend au réfectoire. Elle prend un plateau et fait la queue, tout en regardant le menu. Une fois servie, Stéphanie cherche une chaise où s'asseoir. Elle aperçoit une place vide dans le fond de la salle. Elle s'assoit mais sent des regards sur elle. C'est un groupe de trois femmes plutôt jolies et deux jeunes hommes qui l'observent. Ils rient si fort que tout le monde se retourne. L'un d'eux laisse tomber ses lunettes noires au sol. Stéphanie se détourne et mange ses crudités doucement. (*Méfiance et abus*)

**13 h 00** : Stéphanie se rend à la chambre qu'elle partage avec Corinne. Elle découvre un horrible désordre dont elle n'est pas responsable. L'énorme valise de Corinne est entièrement répartie aux quatre coins de la pièce. Corinne sort de la salle de bain qui déborde de vapeur. Stéphanie aperçoit une montagne de produits de beauté, étalés dans la baignoire. Corinne lui demande « Tu peux ranger pour moi, je n'ai pas le temps, je vais boire un verre ». Stéphanie est fatiguée et voulait s'allonger un peu. Pourtant, elle prend son courage à deux mains en s'essuyant le front. Elle commence par ramasser les vêtements étalés sur la moquette. (*Assujettissements*)

**14 h 00** : Stéphanie se rend sur la piste pour débutants. Elle s'entraîne avec persévérance car elle espère tenter des pistes plus difficiles. Le ciel est bleu et Stéphanie a tout son temps pour atteindre son but. Elle s'établit un programme strict qu'elle doit accomplir à la lettre. Elle souhaiterait aller plus loin que la piste verte. Stéphanie se sent assez compétente pour égaler certains skieurs qui semblent à l'aise. Pas le temps de se reposer, il ne lui reste que 4 heures avant que la nuit tombe. Puis, elle essaye d'atteindre le poteau rouge sans le toucher ce qui signifie pour elle, qu'elle est capable d'affronter les pentes les plus raides. (*Exigences élevées*)

**18 h 00** : Stéphanie demande au plus jeune des moniteurs de l'entraîner après son service, jusqu'à 9 heures sur la piste éclairée. Elle veut qu'il l'accompagne jusqu'à ce qu'elle soit prête à dévaler les hauts sommets. Il refuse car sa femme et ses trois enfants l'attendent. Mais, Stéphanie n'en reste pas là et tente de lui faire changer d'avis. D'un pas déterminé, elle repart seule dans le local au creux de la vallée. Elle doit ranger le matériel en respectant les consignes. Les skis mouillés doivent être soigneusement nettoyés et rangés dans le casier qui leur correspond. Elle n'a pas le temps et laisse tout à terre puis ferme la porte. (*Sentiment que tout nous est dû*)

**19 h 00** : Stéphanie rejoint le chalet en prenant soin d'éviter les plaques de verglas. Elle s'aperçoit que sa camarade s'est installée dans une autre chambre. Stéphanie se glisse sous les draps et ferme les paupières mais elle n'est pas fatiguée. Elle pense que le téléphone n'a pas encore sonné pour elle depuis son arrivée. Elle aurait aimé partager sa journée avec des personnes familières. Elle entend des bruits provenant du couloir. Ce sont deux organisateurs du séjour qui font du porte à porte pour la fête

de bienvenue. On ne frappe pas à la sienne, alors elle décide de dormir.  
(*Carence affective*)

À chacune des scènes correspond un schéma du questionnaire de Young et Klosko (1993), cette correspondance pourra être intéressante par la suite dans l'analyse des résultats. On retrouve cette correspondance dans le texte entre parenthèses.

5. *Passation du questionnaire des schémas de Young et Klosko (1993)* : il est aussi possible de faire passer tout autre questionnaire de schémas.

6. *Passation du questionnaire sur la perception de l'héroïne* : le questionnaire est présenté sur une feuille où après chaque question, il y a une dizaine de lignes libres pour la réponse.

### **Consigne**

Répondez aux questions en essayant de vous mettre à la place de Stéphanie dans les diverses situations qu'elle a pu rencontrer, lors de son séjour aux sports d'hiver. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Si vous ne vous souvenez pas de certaines situations, ou si vous ne parvenez pas à répondre aux questions correspondantes, vous pouvez passer aux suivantes :

- D'après vous, que pense Stéphanie lorsqu'elle « rencontre son reflet dans le miroir » le matin au réveil ?
- À votre avis, que pense Stéphanie lorsqu'elle « tente d'apercevoir la voiture de Jérôme » sur son lieu de rendez-vous ?
- Selon vous, que ressent Stéphanie lors de l'embarquement dans le bus, quand elle doit mettre sa grosse valise dans la soute et qu'elle voit les autres monter ?
- À votre avis, que pense Stéphanie lorsqu'elle cherche une place pour s'asseoir dans l'autocar ?
- D'après vous, comment Stéphanie perçoit le voyage en bus lorsqu'elle est réveillée par la secousse ?
- À votre avis, que pense Stéphanie après avoir perdu l'équilibre sur la piste de ski ?
- Selon vous, que ressent Stéphanie lorsqu'elle entend les rires du groupe qui l'observe ?
- À votre avis, que pense Stéphanie lorsque sa compagne de chambre Corinne lui demande de ramasser ses affaires ?
- D'après vous, qu'est ce qui motive Stéphanie à s'entraîner pour tenter des pistes plus difficiles ?
- À votre avis, que pense Stéphanie lorsque le moniteur refuse de l'entraîner ?

- Selon vous, que ressent Stéphanie à la fin de sa journée, lorsqu'elle se retrouve seule dans sa chambre ?

7. *Présentation de la théorie des schémas, de la restructuration cognitive* : quelques exemples peuvent être repris de l'histoire de Stéphanie, mais il s'agit de ne pas commencer le travail de la séance suivante qui se basera sur cette histoire, sur son rappel.

8. *Tâches assignées* : repenser à l'histoire écoutée en séance et établir une liste d'événements ou de situations rencontrées cette semaine, qui sont similaires à celles rencontrées par Stéphanie.

### **Consigne**

En vous remémorant l'histoire de Stéphanie, rappelez-vous des diverses situations qu'elle a pu rencontrer lors de son séjour aux sports d'hiver, puis, essayer de repérer durant votre semaine, tous les événements qui vous font penser à ces situations, que ce soit au niveau de la situation elle-même, de vos émotions, ou du comportement que vous avez adopté.

Énoncez brièvement dans quelle situation cela vous est arrivé, ce que vous avez ressenti, et quelle scène de l'histoire de Stéphanie vous a été remémorée par cet événement.

Situations rencontrées et ressentis	Scènes associées

## *Séance 2*

1. *Correction rapide des questionnaires de schémas* : le thérapeute explique, définit les schémas mesurés et donne des exemples ayant trait à l'histoire de Stéphanie quant aux pensées associées. Les buts sont :

- la verbalisation de la réalité du patient par l'exploitation conjointe des questionnaires : qu'avez-vous pensé de l'histoire ? Quelle scène vous a le plus marqué ? ;
- la confrontation au point de vue des autres patients : poser la question aux autres patients : « *Et vous, qu'en pensez-vous ?* » ; insister sur le fait que c'est *une* manière de se représenter la situation et que peut-être d'autres personnes ne voient pas la réalité de la même manière ;
- la comparaison interprétations/contenu manifeste : montrer au patient la déformation de ses attributions par rapport au contenu manifeste de l'histoire présentée, en le confrontant de nouveau au texte ;
- la présentation d'exemples de pensées induites par les schémas mis en jeu dans les interprétations : « *Vous avez certainement tendance à*

- vous dire... »* ; reprendre les exemples de pensées dans la description des schémas ; montrer comment les personnes ont tendance à considérer que tel ou tel élément entraîne qu'il va se passer telle chose, qu'ils ont tendance à effectuer des liens de causes à effet entre les éléments, les événements, sans que cela ne soit forcément objectif ;
- l'explication des causes : *ce qui est responsable de cette façon de voir la réalité est un schéma* ;
  - l'identification du (des) schéma(s) activé(s) précisément : « *En l'occurrence, dans ce cas, il s'agit du schéma X* » ; c'est l'incrimination des schémas activés : le ou les schémas sont clairement mis en cause et rendus responsables des modifications par rapport à l'histoire originale. Ils sont étiquetés et rendus causes des distorsions de la pensée et ainsi, des émotions et comportements qui en découlent.

2. *Explication de la procédure* : toute la procédure est expliquée en insistant sur la volonté de montrer les distorsions en utilisant une histoire volontairement ambiguë afin de permettre aux schémas d'induire des transformations. Montrer clairement que l'histoire de Stéphanie ne peut laisser indifférent mais que chacun y trouve peut-être quelque chose de différent. Les émotions, pensées et comportements *supplémentaires* attribués à l'héroïne dépendent directement de l'interprétation schématique ; ils correspondent à une réalité personnelle. Il faut aussi dépasser le cadre de l'histoire et discuter de cette influence sur l'interprétation des événements de la vie quotidienne, une interprétation qui est en elle-même stressante, pathogène : on attribue à Stéphanie des intentions et des pensées comme on en attribue à son conjoint, son patron, son voisin le tueur, etc.

3. *Explication schématique des sentiments de mal-être* : la partie précédente est reprise en insistant sur le mal-être qu'entraînent les interprétations, mais les impératifs que chacun se donne pour agir en congruence avec ses schémas activés. Expliquer que ce mal-être vient du refus de n'accepter son monde que comme une version de la réalité, plein de « je dois » et de « il faut » qui ne peuvent qu'être stressants, qui ne peuvent que mener à des impasses. Alors, la solution des alternatives apparaît avec la simple idée d'envisager d'autres réalités personnelles moins stressantes et pourtant toutes aussi *efficaces* et *supportables*. Il s'agit d'insister sur la possibilité de désapprendre ce qui a été appris. Un parallèle efficace peut être proposé avec le personnage que joue Jim Carrey dans *The Truman Show*, un personnage vivant dans sa réalité, virtuelle, qu'il ne remet jamais en question parce qu'il a toujours vécu et toujours été comme ça. Il ne remet en question sa réalité que lorsqu'il s'interroge à son propos : c'est uniquement à ce moment qu'il modifie

son comportement pour lutter contre cette réalité qui s'impose à lui, et c'est avec persévérance qu'il parvient à sortir de cette réalité virtuelle, pour retourner à une réalité plus objective. Ceci, bien que le concepteur du monde virtuel dans lequel il vit, qui peut être assimilé au schéma, lui signifie qu'il est plus en sécurité dans son monde virtuel, car il le connaît bien. Pour toucher à l'allégorique, il est possible de parler de confusion entre les hypothèses et les faits, de parler de liberté de choisir son destin en ayant conscience des alternatives, donc sans influence schématique. Le tout est de ne pas se laisser emporter, de ne pas se lever, la main sur le cœur pour finir son discours.

4. *Tour de table sur les tâches assignées* : chaque patient expose une situation rencontrée de sa liste qui a été mise en relation avec un passage de l'histoire de Stéphanie. L'idée est de faire ressortir les généralisations d'interprétation, mais aussi de profiter des différences entre les situations. Les émotions sont aussi analysées dans le cadre de la triade Émotions/Cognitions/Comportements. À ce moment, des reformulations avec des exercices comme les décentrations servent aussi à la restructuration cognitive. Le but est encore d'aider le patient à identifier ses pensées automatiques puis à identifier le schéma sous-jacent à ces pensées. Le lien est à faire entre les personnes du groupe ayant le même schéma, puis l'opposition avec les patients qui ne le possèdent pas de façon suractivée. Il est possible de rebondir sur les diverses manières d'envisager une même situation.

5. *Tâches assignées* : faire une liste d'événements rencontrés durant la semaine dans lesquels un schéma a exercé son action : quel est le schéma impliqué ? quelles sont les émotions ? quelles sont mes pensées ? quel est mon comportement ? Des colonnes peuvent encore être utilisées.

### *Séance 3*

1. *Définitions d'objectifs pour la séance* : la réflexion se fait par tour de table, par discussion laissant participer chacun de manière relativement égale. Le thérapeute prend son rôle de meneur de débat. La discussion peut se faire autour de ces questions :

- *comment va-t-on pouvoir changer ces schémas ?* : l'important n'est pas d'éradiquer les schémas mais de les assouplir. Pour ceci, il va falloir tout d'abord prendre conscience des schémas qui peuvent, chez chacun, avoir leur importance. L'idée à faire passer est que le travail thérapeutique est à moitié fait par cet entraînement à la méta-cognition ;

- *comment identifier les schémas lorsque l'on prend conscience d'un problème ?* : c'est en partie un retour sur la tâche assignée de la semaine. Ici, il s'agit de faire entendre que prendre conscience des biais schématiques, les accepter et agir sur eux, nécessite un apprentissage particulier... mais aussi un état d'esprit particulier ;
- *quelles sont les relations entre schémas, émotions et comportements ?* : encore une fois la tâche assignée est reprise pour répondre à cette question. Les colonnes sont utilisées comme à l'accoutumée et peuvent permettre d'identifier les comportements problèmes, les situations récurrentes de stress, les pensées stressantes, etc.

2. *Introduction des jeux de rôles* : ils sont à concevoir comme des moyens de mettre en avant de façon *plus concrète* les différentes façons d'interpréter une scène et, par le changement de rôle, comme des moyens de s'habituer aux alternatives de traitement. Les buts annoncés seront donc :

- analyser ses pensées et les pensées de l'autre grâce à la mise en situation ;
- identifier les schémas associés aux modes de pensées ;
- repérer les informations sur lesquelles les jugements de chacun se basent (émotions, intentions, représentations, etc.) ;
- trouver une ou plusieurs alternatives en fonction de la scène ;
- rejouer la scène en adoptant les comportements et attitudes alternatifs pour observer les différences ;
- analyser émotionnellement l'effort des alternatives.

Le travail de *debriefing* pourra se faire avant et après avoir changé de rôle. Il pourra être appuyé sur des analyses de type colonnes en fonction de la situation. Une grille d'observation peut aussi être construite directement avec les patients, selon ce qui, *a priori*, leur semble important. Les scènes à jouer seront à préparer ou à extraire des événements que chacun a vécus.

Il s'agit d'isoler les pensées, de les associer à un schéma, de déterminer de quelle façon le schéma influence la pensée dans le cadre précis de la situation jouée. Une fois le schéma identifié, son influence analysée, le groupe tentera d'apporter des pensées alternatives appuyées sur d'autres modes de pensées acceptables pour les protagonistes du jeu de rôle. La scène pourra être rejouée, les émotions analysées une nouvelle fois, etc.

3. *Tâches assignées* : identifier les situations de la semaine durant lesquelles des alternatives de pensées ont fait surface. Rapporter les



difficultés à accepter les alternatives. Analyser les situations et les comportements en fonction de l'adaptation à la situation. Ne pas considérer de bonnes ou de mauvaises réponses, mais juste des pensées qui engendrent plus ou moins d'émotions, plus ou moins de mal-être...

#### *Séance 4*

1. *Tour de table* : retour sur la tâche assignée avec comme question : qu'avez-vous fait pour assouplir vos schémas ? quelles alternatives dans quelles situations ?

2. *Travail de balance* : ce sera le point d'orgue de la séance. Il s'agit de faire une balance Pour/Contre des conséquences du schéma, il s'agit d'intégrer la notion de bénéfices secondaires qui maintient le mode de pensée. Ce travail se fait avec les situations apportées par les patients en tâche assignée, mais il est aussi possible d'utiliser d'autres moyens d'interaction : photographies, extraits de films, etc. Les buts annoncés sont donc :

- prendre conscience des avantages de l'existence des différents schémas (bénéfices secondaires), et ainsi prendre conscience d'une part, de ce qui favorise leur renforcement, d'autre part, de ce qui rend difficile leur modification ;
- prendre conscience du poids des inconvénients de l'existence de ces schémas, du frein que ces inconvénients imposent à la vie, des conséquences si ces schémas restent suractivés ;
- faire la balance et prendre conscience de l'intérêt à agir sur ces schémas, ceci afin de les assouplir. *Y a-t-il plus d'avantages ou d'inconvénients à conserver ces schémas ?*

Ce travail pourra se faire à l'aide d'un tableau de balance. Le thérapeute pourra avoir un tableau général ne s'appuyant pas sur des situations précises (tableau 3.19).

3. *Tâches assignées* : Le patient repère les situations de la semaine durant lesquelles il ne s'est pas laissé influencé par ses schémas dominants, durant lesquelles il a eu conscience de ses pensées automatiques et les a remplacés par des alternatives. Déterminer une, ou des situations réelles dans lesquelles les schémas entraînent des comportements difficiles et s'y confronter en pensant aux alternatives... L'objectif est de revenir avec des situations problématiques résolues. Décrire les situations et faire la balance conséquences positives/conséquences négatives des situations de confrontation.

### *Séance 5*

1. *Tour de table* : Évaluation des confrontations à la réalité de chacun, dans le but de lutter contre les impératifs imposés par le schéma. *Comment avez-vous réussi à lutter contre vos schémas ?* Reprise des tâches assignées avec analyse des réussites personnelles. Analyse de la balance des conséquences positives et négatives de la confrontation, des nouveaux bénéfices.

2. *Analyse de situations anciennes* : reprises des situations décrites dans les séances précédentes et retour sur les analyses en type colonnes : Situation/ Émotions/ Sensations/ Comportement/ Pensées dysfonctionnelles/ Schémas/ Pensées plus réalistes. Recherche de différences dans les interprétations avant et après les séances de restructuration. Discussion et information sur les processus d'apprentissage et la nécessité de poursuivre ce type de tâches en dehors de la thérapie, afin d'intégrer de façon stable, des cognitions plus réalistes et en conséquence, des comportements adaptés. Faire le point sur les nouveaux comportements, sur les nouvelles façons de penser.

3. *Retour sur l'histoire de Stéphanie* : il est possible de reprendre le questionnaire sur l'histoire de Stéphanie et d'évaluer les changements de réponse après la thérapie orientée schéma.

Ce type de groupe permet très rapidement de concevoir la restructuration cognitive. Il est bien entendu possible d'augmenter le nombre de séances, de les agrémenter d'autres techniques thérapeutiques utilisées en TCC comme la relaxation par exemple. Il est aussi très facile d'aménager ces séances pour qu'elles correspondent à un trouble spécifique.

Tableau 3.19. Exemple de tableau de balance sur sept schémas proposés par Young et Klosko (1993) (utilisable par le thérapeute).

Schémas	<b>Qu'est ce qui confirme mon schéma ?</b> <b>Quels sont les avantages à l'existence de ce schéma ?</b> <b>Qu'est ce qui l'auto-renforce ?</b>	<b>Qu'est ce qui infirme ce schéma ?</b> <b>Quels sont les inconvénients à l'action de ce schéma/les éléments me prouvant qu'il est néfaste pour moi ?</b>
<b>Sentiment d'imperfection</b>	Obtenir du réconfort de l'entourage qui rassure sans cesse sur les défauts physiques ou moraux. Toujours être au mieux de son apparence pour ne pas répondre au sentiment d'imperfection : éliminer chaque détail imparfait.	Se sentir rabaissé, inférieur aux autres, dévalorisé. Utiliser beaucoup d'énergie à vérifier et d'ajuster, sans arrêt et de façon abusive, son apparence, son attitude pour tenter de plaire à soi et aux autres. Souffrir trop intensément à la moindre imperfection.
<b>Sentiment d'exclusion</b>	Pouvoir être à l'écart des situations sociales et des contraintes liées à l'appartenance. Ne pas être forcé de chercher la communication, de rentrer en relation avec les autres.	Désocialisation. Jugement négatif des autres sur des suppositions. Frustrations.
<b>Sentiment d'échec</b>	Pouvoir se contenter de n'effectuer uniquement que des tâches simples, ne demandant pas trop d'efforts cognitifs, ou de stress. Se mettre à l'abri des contraintes.	Dévalorisation, impression d'être incompetent. Pousse à baisser les bras facilement, à abandonner les tâches qu'on devrait/souhaiterait entreprendre.
<b>Vulnérabilité</b>	Permet de faire des prévisions sur ce qui pourrait se passer, et de prendre toutes les précautions nécessaires pour qu'il n'arrive rien. Prévenir, contrôler l'environnement.	Anxiété permanente. Victimisation. Peur. Ne pas profiter de la vie de peur qu'il n'arrive quelque chose.

Tableau 3.19. (suite)

<b>Méfiance</b>	Permet de se protéger, d'anticiper les mauvaises actions des autres, et de s'y soustraire avant d'être abusé. Permet de mettre les gens nocifs à l'écart.	Être toujours aux aguets, jamais reposé, pas l'esprit tranquille. Relations superficielles. Mettre fin précocement aux relations avec les autres, ou ne pas initier de relations. Intransigeance/Manque de pardon et de compréhension.
<b>Assujettissement</b>	Être perçu comme quelqu'un de gentil, de docile, d'agréable à vivre, non contrariant, etc.	Soumission. Ne pas tenir compte de ses besoins ni de ses droits. Impression de ne plus exister. Dévalorisation de soi. Frustration de ne pouvoir exprimer ses désirs.
<b>Tout m'est dû</b>	Éviter la remise en question, éviter d'avoir des devoirs envers les autres, ainsi que des torts. Éviter bien du travail, se faire respecter.	Risque de ne pas être conscient de ses défauts, de ses devoirs et par conséquent de systématiquement renvoyer la faute sur l'autre. Risque d'avoir des attentes injustifiées, de se confronter à des reproches qui seraient incompris. Risque d'éloigner les autres et de ne plus rien obtenir.



## Chapitre 4

---

# DERNIÈRES RÉFLEXIONS

dont on (ne) peut se passer

### TECHNIQUES RÉSUMÉES

Il est possible de résumer les techniques de restructuration cognitive orientées schémas, en considérant plusieurs points.

D'abord, il est quasi nécessaire de *mesurer les schémas* du patient. Quelle que soit la méthode utilisée, il faut une évaluation de ce qui pose le problème. Il faut que le patient puisse mettre un nom sur ce filtre cognitif qui oriente son traitement de l'information et sur lequel nous allons tenter d'agir.

Ensuite, il faut *décrire la théorie des schémas* en utilisant des exemples convaincants. Le patient doit comprendre le fonctionnement du traitement biaisé, comprendre pourquoi il n'utilise pas d'alternatives de manière spontanée, pourquoi cela est pathogène, mais il doit aussi adhérer à cette notion de schémas et aux principes thérapeutiques proposés.

Il est essentiel par la suite de *proposer une tâche permettant des inférences* qui sont sous la dépendance de l'orientation du traitement de l'information ; des inférences qui seront en elles-mêmes de mauvaises inférences. Cette tâche sera d'autant plus utilisable qu'elle a pour point

de départ et pour produits des *choses* enregistrables. Cette tâche peut reposer sur le rappel, l'interprétation directe, le jugement de situations, le jugement d'autrui, etc. De manière générale seule l'imagination du thérapeute limite la création de ces tâches.

Alors il sera possible de *montrer les inférences au patient*, de le mettre, sans équivoque, face à ses interprétations biaisées, qu'on lui expliquera, qu'il comprendra. C'est à ce moment que seront exprimées les règles dysfonctionnelles qu'il utilise pour traiter le monde. C'est à ce moment que l'on cherchera les processus de généralisation, de prévision, de permission, et les autres processus dysfonctionnels associés aux schémas.

Logiquement, la suite consistera à *mener le patient à trouver des alternatives de traitement sur la tâche*. Il est donc essentiel que la tâche utilisée permette aussi un tel travail.

Enfin, le patient pourra *reconsidérer sa propre expérience*, y trouver des biais d'interprétation dans des événements plus ou moins anciens, y comprendre son fonctionnement et de là, envisager de le changer.

La dernière étape serait bien entendu de *mener le patient à utiliser les alternatives*, cependant, si dans quelques cas précis la procédure peut être construite en ce sens, bien souvent, cela ne consiste qu'à renforcer l'effet des premières étapes de l'action thérapeutique. En effet, le fait même de pointer le dysfonctionnement et ses conséquences conduit le patient à envisager les alternatives et bien souvent, à les utiliser. Cependant, changer les comportements est encore une autre étape que le patient doit franchir et cela dépend surtout de sa motivation à le faire. Ainsi je peux savoir que généralement je réagis par la colère dans les conflits avec ma femme, je peux en avoir conscience au moment même de me mettre en colère, je peux savoir comment changer ce comportement, mais je le maintiens, car il est de mon habitude, il me rassure, il me permet de ne pas engager de discussions plus profondes... Je n'ai pas franchi cette étape supplémentaire, mais conscient de tout cela, je me pardonne en me disant qu'au moins je ne bois pas, même si cela n'a rien à voir. Encore une fois, cette étape dépendra de la motivation du patient, de l'expertise et de l'imagination du thérapeute et de la mayonnaise interactionnelle.

Nous retiendrons aussi que les exercices orientés schémas que nous proposons, ne sont que rarement des thérapies en eux seuls, mais juste une aide possible à d'autres interventions en TCC. C'est du moins notre position. Il est d'ailleurs nécessaire de comprendre les *Thérapies Orientées Schémas* dans l'ensemble de l'intervention initiée par l'analyse fonctionnelle en fonction d'une problématique singulière propre au cas

envisagé. Ainsi, la prescription sera dépendante du trouble, mais aussi de l'orientation générale de la thérapie.

Les avantages que nous avons pu observer dans l'utilisation d'une telle approche tiennent en quelques points :

- la rapidité de la restructuration, due au simple fait que toute une partie de réflexion personnelle associée à la méthode plus classique est shuntée par la mise en évidence accessoirisée des règles dysfonctionnelles ;
- l'aspect ludique qui améliore l'acceptation du patient ;
- l'aspect ludique qui facilite la communication et lève parfois rapidement des barrières ;
- l'aspect ludique qui permet de faire de la restructuration avec des patients pour lesquels parfois cela est assez difficile : enfants, vieux grincheux, psychologues et psychiatres, etc.
- la déresponsabilisation que la notion de schémas guidant nos comportements peut entraîner, comme une déresponsabilisation dont certains trouvent la cause dans la construction compliquée d'instances inconscientes – mais ne nous égarons pas ;
- la responsabilisation venue de la possibilité d'action sur ces schémas qui n'ont plus rien d'inconscients une fois qu'ils sont mesurés et que leurs influences sont clairement mises en évidence ;
- la simplicité de l'approche générale qui ne donne aucun pouvoir à l'un ou l'autre des interlocuteurs tout en laissant au thérapeute une position d'expert... ce qui reste agréable.

Sur ces principes, de multiples procédures peuvent être imaginées, le matériel est relativement simple à construire : les tests de schémas existent et la tâche d'inférence peut prendre de nombreuses formes. Il est aussi possible de translater ces applications sur d'autres notions, comme celle de *coping* chère à Lazarus, mais c'est encore une autre histoire.

## PRÉCAUTIONS ACTIVATRICES DE SCHÉMAS CONFUSIONNELS

L'introduction de la notion de schémas dans les procédures de restructuration cognitive s'avère être cliniquement efficace, toutefois, cette notion reste à manipuler avec précautions.

Il n'est pas rare de voir brandir la notion de schémas en psychopathologie cognitive pour tout expliquer. En réalité, le schéma est vu

ici comme un omnipotent inconscient, donc toujours explicatif, donc logiquement autosuffisant. Malheureusement, dans cette acception, le schéma est à même d'expliquer tout phénomène et cette conceptualisation ne peut être remise en cause.

En ce qui concerne le schéma tout-puissant, la justification de ce point de vue repose en partie sur les expériences et résultats de la psychologie générale-expérimentale-cognitive, plutôt que sur des recherches directes en psychopathologie cognitive. Cependant, les deux conceptions sont tout de même différentes. En psychopathologie cognitive, la notion de schémas est plus englobante, accepte des influences schématiques sur l'ensemble du traitement de l'information, permet d'imaginer de nombreux schémas (ou thèmes schématiques) à partir, parfois, d'une simple idée. Mais l'utilisation de la notion de schémas en psychopathologie cognitive ne semble pas susciter de validation, de justification systématique.

De plus, les schémas sont souvent trop peu décrits, et quelques mots semblent suffire à des développements d'idées, sans assurance de la compréhension de chacune des idées développées. Pour finir, il est supposé des phénomènes cognitifs liés aux schémas (rapidité, congruence, etc.), mais la vérification de l'existence de ces phénomènes, sans être une étape suffisante, n'est quasiment jamais considérée comme une étape nécessaire.

Le problème de définition des schémas connaît bien entendu des solutions comme l'utilisation d'outils de mesure et l'utilisation de critères quant à ces définitions.

Le problème de l'acceptation de tous les effets des schémas sans vérification ne peut trouver de solutions que dans des expérimentations rigoureuses et réfléchies qui toutefois peuvent être mères de restrictions dans la définition du concept lui-même. De manière générale, les études sur ce point ne sont des justifications incontestables ni de l'acceptation, ni du rejet de l'utilisation de la notion de schémas en psychopathologie cognitive. Mais, ce ne peut être que par des études se posant clairement la question qu'il doit être possible d'atteindre une compréhension finie de la notion de schémas, et de son utilisation dans le domaine de la psychopathologie.

Le premier problème restera tout de même celui d'une définition consensuelle du concept en général et des schémas en particulier. Il pourrait être source d'une dérive représentationnelle due à une utilisation des termes par les chercheurs et/ou les cliniciens, sans soucis de spécification des limites conceptuelles.

Il s'agit ici de dépasser la simple réponse de clarification des théories de la pensée par l'emploi d'une notion issue de la psychologie cognitive qui permet de prendre en compte les évidences cliniques que toute théorie se doit de prendre en compte (un individu connaît sa réalité, les événements ont de l'influence sur la structuration des troubles, il existe des phénomènes non conscients...). La question est de conceptualiser un outil, dans une approche cognitive et de rendre cet outil utilisable au niveau clinique, mais aussi au niveau théorique. En ce sens, le rendre réfutable et éviter qu'il soit un concept « fourre-tout ». La démarche est donc de passer d'une notion, ébauche d'une compréhension quasi intuitive du comportement pathologique, à un concept défini strictement, dans un cadre précis, avec ses limites mais surtout sa puissance explicative qui permet d'avancer. Un avancement, qui peut-être, à terme, engendrera d'autres concepts rendant désuet et inutile celui de schémas ; mais c'est le lot d'une approche qui se veut scientifique et pragmatique.

Si cela semble nécessaire, c'est, d'une part, parce qu'un ensemble de chercheurs et de praticiens se sont entraînés dans cette voie, il paraît judicieux et économique de la suivre tant que nous n'avons pas recueilli tout ce qu'elle a à offrir. D'autre part, si la conceptualisation de la psychopathologie en termes de schémas mérite d'être poursuivie c'est parce qu'elle est porteuse de bien des résultats cliniques. Il sera possible de penser ici que l'efficacité thérapeutique repose dans l'interaction patient/psychologue et non pas dans des schémas qui par essence sont non existants concrètement et physiquement, comme cela a été pensé pour d'autres approches utilisant d'autres concepts comme le *moi*, le *ça*, la *pulsion* ou le *complexe*. Deux réponses sont alors possibles aux détracteurs. D'abord il ne s'agirait ici que d'une erreur de juxtaposition de niveaux d'interprétations qui remet en cause non pas l'utilisation de la notion de schémas, mais l'utilisation de toute la psychologie (outre peut être le *béhaviorisme à la Watson*) qui se fonde sur l'acceptation de postulats, de phénomènes non observables. Ensuite, il est évident que les schémas n'existent pas réellement et que leur efficacité thérapeutique repose dans l'interaction patient/psychologue, mais l'utilisation de ce terme, comme l'utilisation de tout concept, permet un raccourci de compréhension par partage de définitions, de connaissances des phénomènes conséquents. Si cette conceptualisation permet de créer des outils ou des exercices thérapeutiques efficaces, ou si elle permet d'augmenter notre connaissance et compréhension des pathologies, alors cette conceptualisation est juste, et il est justifié de l'utiliser. Néanmoins, comme c'est un raccourci conceptuel, encore une

fois, il faut s'assurer qu'il n'entraîne aucune dérive par une utilisation abusive et non circonscrite.

Pour prendre un exemple précis, la question pourrait être ici, de savoir ce qu'est le schéma Peur de Perdre le Contrôle. Il est défini par son appartenance au facteur super-ordonné Perte du Lien Interpersonnel (Schmidt *et al.*, 1995) et par les trois items qui le composent dans le SQII à cent soixante items (Rusinek, 1999) :

- Si je me mets en colère, que je perds le contrôle de moi-même, j'ai peur de faire du mal à quelqu'un physiquement ou moralement.
- Je pense que je dois contrôler mes émotions et mes impulsions, sinon quelque chose de mauvais pourrait se produire.
- J'ai peur de perdre le contrôle de mes actions.

Ce type de définition est, par essence, issu d'une logique factorielle. Rappelons d'abord que dans cette logique, le « nom » du schéma dépend de celui qui traduit les chiffres de l'analyse factorielle réalisée en quelque chose de plus utilisable : il choisit un titre générique censé être inspiré du regroupement statistique de certains items. Ici, le schéma aurait donc pu se nommer : Peur de se Mettre en Colère ou encore Crainte d'une Vulnérabilité à ses Propres Pulsions. Il y a fort à parier que les valeurs sémantiques et implicites véhiculées par ces différents noms seraient assez proches, mais pas égales, ce qui pose déjà un problème.

Un second problème vient du fait qu'il n'existe pas plus de définition au schéma Peur de Perdre le Contrôle que celle que nous venons de donner. Ce schéma n'apparaît même pas dans l'ouvrage de Young et Klosko (1993) ou des exemples cliniques sont donnés afin de mieux cerner, voire mieux définir les différents schémas présentés. Les limites du schéma sont donc, en conséquence, très mal déterminées. Si l'on se doute qu'un élément sémantique du type « J'ai peur de me retrouver seul à la fin de ma vie » n'en fait pas partie, on peut penser y inclure d'autres éléments comme :

- Je fais souvent des choses avec impulsivité et je les regrette ensuite ;
- Je perds mon sang froid à la moindre offense ;
- Il arrive souvent qu'une fois que je suis en colère, je ne puisse plus me contrôler.

Mais c'est ici une erreur, car ces items font partie des dix-neuf items qui se regroupent en un autre facteur et définissent donc un autre schéma, celui de l'Auto-Contrôle Insuffisant, sous-ordonné des facteurs

Dépendance Sociale, Perfectionnisme, mais aussi Perte du Lien Interpersonnel. Auto-Contrôle Insuffisant qui se définit par l'énerverment facile, le manque de volonté pour achever les tâches, le refus d'agir contre sa volonté... Il y a évidemment des différences qui peuvent paraître claires en considérant les définitions des deux schémas concernés. Toutefois, des chevauchements restent possibles.

Nous noterons pour finir que tous les schémas que nous avons pris pour exemple ici sont issus des travaux et de la théorie de Young, mais qu'il n'a aucune licence d'exclusivité quant à la définition de schémas spécifiques. Ainsi, des questionnaires existent et pré-définissent de nombreux schémas. Des auteurs comme André (1999b) en proposent sans outils de mesure mais à repérer dans le discours des patients comme les schémas d'Amour, de Performance, d'Autonomie, d'Approbation, de Vigilance, un schéma de Dépression pour Mirabel-Sarron et Rivière (1993)<sup>1</sup> ou Glastone et Parker (2001), des conceptualisations schématiques de l'alcool-dépendance (Hautekète *et al.*, 1999).

Cette démonstration de la confusion qui peut exister dans les définitions des schémas est somme toute assez facile mais nous permet tout de même de poser précisément le problème. Si aucune règle définitionnelle ne s'applique aux schémas, le risque d'une dérive est inévitable. Chacun peut alors construire, imaginer, nommer, des schémas comme bon lui semble, sans méthode et sans précaution. Chacun peut comprendre ce qu'il veut à la simple évocation du nom d'un schéma.

Une solution possible serait d'adopter certains critères de définitions des schémas comme le DSM-IV (APA, 1994) en adopte pour la personnalité, critères que nous pouvons résumer par le tableau 4.1. Mais cette solution ne répond pas aux exigences de définitions de schémas salutogènes ou d'autres conceptualisations schématiques, ainsi un schéma de soi Bon en Mathématique est exclu par le fait même qu'il n'est pas obligatoirement une inadaptation. De nouveau, c'est un aspect négatif qui est privilégié... une autre solution serait donc à trouver. En attendant, il est certain que tout praticien doit être clair sur la définition des schémas qu'il va utiliser dans son approche thérapeutique. Il est tout aussi clair que le meilleur moyen de ne pas tomber dans les abysses des interprétations faciles, est de ne faire porter qu'un poids modéré à la sémantique des schémas considérés. Les schémas sont des excuses efficaces au travail de restructuration cognitive, mais il ne faut pas

---

1. Ce schéma est en fait plutôt présenté comme un mode Dépression composé d'autres schémas repérables en entretien ou par la *Dysfonctionnal Attitude Scale* (Weissman et Beck, 1978).

qu'ils deviennent, pour le thérapeute, comme pour le patient, des vérités impalpables et puissantes qui, réellement, seraient cachées au fond de nous-mêmes et, en relation avec le FBI et la DST, nous manœuvreraient sans que nous en ayons conscience... Évitions aussi de vouloir à tout prix leur trouver une origine, surtout réactionnelle à un événement psycho-traumatisant de l'enfance et, nous garderons notre objectivité.

*Tableau 4.1. Principes et critères possibles d'inclusion des schémas.*

<b>Convergence</b>	Les schémas décrits doivent être repérables par plusieurs méthodes d'évaluation comme les entretiens et les questionnaires.
<b>Discrimination</b>	Chaque schéma doit être une entité à part entière, il doit être strictement différent de tous les autres.
<b>Inadaptation</b>	Les schémas considérés comme pathogènes s'expriment par une déviation du mode de traitement de l'information de l'individu par rapport à la logique adaptative de la culture à laquelle il appartient, que l'on doit pouvoir repérer dans l'étape de sélection de l'information et par des biais d'interprétation tenant d'effets facilitateurs.
<b>Rigidité</b>	Les schémas doivent être rigides et se manifester dans diverses situations.
<b>Stabilité</b>	Les effets des schémas doivent pouvoir être enregistrés sur une longue période de temps.
<b>Observation</b>	Les effets des schémas doivent être décrits et observables dans différents domaines : – comportements observables – conduites interpersonnelles – logique d'interprétation de l'information – expression émotionnelle spécifique dans certaines situations – stratégies de défense ou d'ajustement (coping)

## Conclusion

---

# CONSIDÉRATIONS PERSONNELLES DE L'AUTEUR

à ne lire qu'en cas d'insomnie

Étudier les schémas en psychopathologie c'est étudier une influence possible, et non la moindre, de *quelque chose...* quelque chose d'insaisissable, d'intangible... ; c'est étudier une certaine représentation de l'organisation des représentations. C'est donc accepter d'une part les postulats les plus forts de la psychologie cognitive et accepter d'autre part de travailler sur quelque chose qui par définition n'existe pas, si ce n'est par une tournure d'esprit particulière.

Lorsqu'en plus il est question de tenter certaines remises en cause des fondements d'un tel objet d'étude, sans remise en cause des postulats qui le soutiennent, l'exercice peut paraître inutile, illogique, voire stupide. En tout cas, cet exercice qui consiste à rechercher et résoudre les paradoxes apparaissant dans cette situation, en se maintenant fermement dans l'idée que l'on ne travaille que sur une représentation des choses paraît bien paradoxal. Pourtant, si jamais un psychologue ne voit de schémas cognitifs, comme jamais il ne verra d'Œdipe ou de complexes, c'est par l'acceptation de cette notion que notre pratique peut avancer. Partir d'une notion pour en faire un concept, l'exploiter jusqu'à l'épuisement et en retirer de nouvelles notions est un cycle sans

doute naturel et logique de la science. Il n'en est pas moins que dans cet exercice beaucoup de risques existent.

Se perdre dans un vocabulaire d'allure simpliste mais pourtant compliqué car porteur de sens en est un. Je me rends compte, à la fin de cet écrit, que je n'ai pas su éclairer des domaines concernant les schémas dont pourtant j'ose faire la critique chez d'autres. Je ne sais toujours comment exprimer des idées pourtant simples. Doit-on parler de schémas actifs, supposant qu'il en existe des inactifs et prenant ainsi une position théorique radicale ? Doit-on parler de schémas plus importants, de schémas prépondérants ? Comment utiliser, dans ce cadre conceptuel, des termes tels que conflit, inconscience et bien d'autres, sans risquer de dérive ? À chaque relecture je me reproche certaines inexactitudes et je mets de plus en plus de mots en italique espérant ainsi que le lecteur comprendra des sous-entendus que je ne sais moi-même pas éclaircir, mais que je comprends par l'intermédiaire explicatif de schémas inconscients qui guident mon traitement de l'information, au même titre que je *savais* que Valentine n'était pas une poupée mannequin. Sans doute manque-t-il encore une phase de maturation au concept, comme il peut me manquer aussi une phase de maturation personnelle par rapport au concept..., c'est en tout cas ce que j'espère, car c'est la réponse la plus motivante.

Considérer les schémas comme omnipotents est un autre risque de l'exercice auquel je me livre dans mes recherches et que je propose par cette technique de restructuration. J'ose croire toutefois que la nature même des réflexions critiques que chacun aura à la lecture de ce livre gardera de cette dérive. Mais il faut aussi savoir se garder de l'inverse et ne pas en venir à dénigrer le concept que l'on construit. J'espère qu'arrivé à cette conclusion, tout lecteur aura compris mon cheminement en ce sens.

Il existe aussi le risque de créer de nouveaux paradoxes ou de prendre des positions théoriques critiquables. Je laisse à chacun le soin de me les faire remarquer<sup>1</sup> car je n'en suis pas encore capable moi-même.

Malgré ces risques, étudier la place des schémas en psychopathologie cognitive est un plaisir de chercheur à plusieurs titres. Utiliser ce concept est un plaisir de clinicien. Par ce concept, il est possible d'arborer, presque à convenance, les casquettes de fondamentaliste et de praticien... ou tout du moins possible d'y croire.

---

1. Avec tact s'il vous plaît.

Ce domaine laisse libre cours à l'imagination. Les procédures sont multiples et bien souvent amusantes. Si bien, qu'en plus de vous motiver, elles motivent des étudiants et des collaborateurs (les uns devenant parfois les autres, et je les salue tous).

Enfin, les schémas en psychopathologie intéressent un bon nombre de praticiens qui reprennent votre matériel et vos procédures et qui parfois vous signalent quelques minimes succès, qu'en partie, toujours minime, vous ne rechignez pas à vous attribuer.

En conclusion nous pouvons simplement dire que « ça marche » ! S'il y a sans doute des clarifications nécessaires de la notion de schémas en psychopathologie cognitive, des recherches à mener pour une meilleure compréhension du fonctionnement de ces schémas, les techniques thérapeutiques qui en sont inspirées portent leurs fruits. Au niveau pratique, c'est sûrement l'aspect le plus important, celui qu'il faut retenir. Comme il ne faut pas oublier que peu de kiwis poussent au Danemark.



---

# ANNEXE

## QUESTIONNAIRE D'ATTITUDES (160 ITEMS)

1 : Complètement faux pour moi

2 : Plutôt faux pour moi

3 : Un peu plus faux que vrai

4 : Un peu plus vrai que faux

5 : Plutôt vrai pour moi

6 : Me décrit parfaitement

1	Je ne vaud pas la peine d'être aimé(e), de recevoir de l'attention, et d'obtenir le respect des autres.	1 2 3 4 5 6
2	Personne ne me comprend vraiment.	1 2 3 4 5 6
3	Je ne peux pas compter sur mon jugement dans les situations de tous les jours.	1 2 3 4 5 6
4	Peu importe ce que je fais, je trouve toujours du temps pour les autres.	1 2 3 4 5 6
5	Je suis très irrité(e) quand les gens ne veulent pas faire ce que je veux qu'ils fassent.	1 2 3 4 5 6
6	Je m'efforce de garder presque tout en ordre parfait.	1 2 3 4 5 6
7	La plupart des autres personnes sont plus capables que moi : elles réussissent mieux dans le domaine du travail ou des études.	1 2 3 4 5 6
8	Généralement, les gens doivent d'abord faire leurs preuves avant que je ne leur fasse confiance.	1 2 3 4 5 6
9	J'ai souvent l'impression que mes parents vivent à travers moi : je n'ai pas ma propre vie.	1 2 3 4 5 6
10	Je dois toujours être le numéro un pour ce qui est des performances.	1 2 3 4 5 6

11	Je ne me sens pas capable de me débrouiller seul(e) dans la vie de tous les jours.	1 2 3 4 5 6
12	Je suis une personne très compétitive.	1 2 3 4 5 6
13	Les autres gens sont rarement honnêtes, ils ne sont généralement pas ce qu'ils semblent être.	1 2 3 4 5 6
14	Je trouve que les responsabilités de la vie de tous les jours sont écrasantes.	1 2 3 4 5 6
15	Je suis très inquiet(e), car les gens que j'aime peuvent trouver quelqu'un d'autre à aimer et me quitter.	1 2 3 4 5 6
16	Je ne veux pas que mes proches découvrent certains de mes secrets intimes.	1 2 3 4 5 6
17	Je ne peux pas me tirer facilement d'affaire, ou trouver des excuses pour mes erreurs.	1 2 3 4 5 6
18	Je crois que dans la vie c'est : « contrôle ou sois contrôlé(e) ».	1 2 3 4 5 6
19	J'ai l'impression qu'un désastre (naturel, criminel, financier ou médical) pourrait arriver à n'importe quel moment.	1 2 3 4 5 6
20	Je ne suis pas aussi talentueux(se) dans mon travail que les autres gens ne le sont dans le leur.	1 2 3 4 5 6
21	Je me sens éloigné(e) des autres personnes.	1 2 3 4 5 6
22	Je me sens abandonné(e) par les personnes qui ne suivent pas le même chemin que moi.	1 2 3 4 5 6
23	La plupart du temps, je dois montrer le meilleur de moi-même.	1 2 3 4 5 6
24	Je n'ai pas reçu assez d'amour et d'attention.	1 2 3 4 5 6
25	J'ai peur d'être attaqué(e).	1 2 3 4 5 6
26	Je pense que les gens profitent de moi.	1 2 3 4 5 6
27	Mes relations souffrent parce que j'exige trop de moi-même.	1 2 3 4 5 6
28	Je ne suis pas assez à la hauteur dans la plupart des choses pour me révéler aux autres.	1 2 3 4 5 6
29	Durant ma vie, je n'ai eu personne qui désirait être proche de moi, et passer beaucoup de temps avec moi.	1 2 3 4 5 6
30	Je ne me sens pas sûr(e) de mes capacités pour résoudre les problèmes quotidiens qui surviennent.	1 2 3 4 5 6
31	Quand je dois prendre des responsabilités, même minimales, je me sens plus comme un(e) enfant que comme un(e) adulte.	1 2 3 4 5 6
32	Je me sens isolé(e) et seul(e).	1 2 3 4 5 6
33	Si je ne partage pas les détails de ma vie privée avec mes parents, je me sens coupable, et j'ai l'impression de les trahir.	1 2 3 4 5 6

34	Je me mets souvent en colère si je ne peux pas obtenir ce que je veux.	1 2 3 4 5 6
35	Je ne peux pas faire des choses qui ne me font pas plaisir, même si je sais que c'est pour mon bien.	1 2 3 4 5 6
36	Je trouve que je suis « collant(e) » pour les personnes proches de moi, parce que j'ai peur qu'elles me quittent.	1 2 3 4 5 6
37	Je manque de bon sens.	1 2 3 4 5 6
38	Je ne laisse pas les gens me connaître tel (le) que je suis.	1 2 3 4 5 6
39	Je rate tout ce que j'essaie, même en dehors du travail (ou des études).	1 2 3 4 5 6
40	Je pense qu'il est difficile d'être chaleureux (se) et spontané(e).	1 2 3 4 5 6
41	C'est juste une question de temps pour que quelqu'un ne me trahisse.	1 2 3 4 5 6
42	Si je me mets en colère, que je perds le contrôle de moi-même, j'ai peur de faire du mal à quelqu'un physiquement ou moralement.	1 2 3 4 5 6
43	Je dois être le (la) meilleur(e) dans ce que je fais, je ne peux pas accepter d'être le (la) second(e).	1 2 3 4 5 6
44	J'ai le sentiment que le monde est un endroit dangereux	1 2 3 4 5 6
45	En général, les autres ne sont pas là pour m'apporter de la chaleur, du soutien et de l'affection.	1 2 3 4 5 6
46	Je m'ennuie très facilement.	1 2 3 4 5 6
47	Mes parents et moi avons tendance à trop nous impliquer dans la vie et les problèmes des autres.	1 2 3 4 5 6
48	Aucune personne que je désire ne pourra m'aimer une fois qu'elle aura vu mes défauts.	1 2 3 4 5 6
49	Je me sens humilié(e) par mes échecs et mon incompetence dans le domaine du travail.	1 2 3 4 5 6
50	Je ne suis pas sexuellement attirant(e).	1 2 3 4 5 6
51	Quand je sens qu'une personne va se détacher de moi, je suis désespérée.	1 2 3 4 5 6
52	Il arrive souvent qu'une fois que je suis en colère, je ne puisse plus me contrôler.	1 2 3 4 5 6
53	Quand des gens m'apprécient, je pense que je les trompe.	1 2 3 4 5 6
54	J'ai du mal à séparer mon point de vue ou mon opinion de celle de mes parents ou de mon (ma) « partenaire ».	1 2 3 4 5 6
55	Je suis un échec.	1 2 3 4 5 6

56	Je ne suis pas capable de me séparer de mes parents, comme les autres personnes de mon âge le font.	1 2 3 4 5 6
57	Je suis souvent sur mes gardes en ce qui concerne les intentions des autres.	1 2 3 4 5 6
58	Je me sens toujours à l'écart des groupes.	1 2 3 4 5 6
59	Les gens me voient comme « coincé(e) » émotionnellement.	1 2 3 4 5 6
60	J'ai peur d'attraper une maladie grave, même si rien de sérieux n'a été diagnostiqué par un médecin.	1 2 3 4 5 6
61	Je ne peux pas supporter que les autres me disent ce que je dois faire.	1 2 3 4 5 6
62	Je ne peux jamais me retenir de montrer aux autres comment je me sens vraiment, qu'importe ce qu'il m'en coûte.	1 2 3 4 5 6
63	Si j'aime quelqu'un, je suis capable de presque tout supporter.	1 2 3 4 5 6
64	Je compare souvent mes réussites à celles des autres, et j'ai le sentiment qu'ils réussissent mieux.	1 2 3 4 5 6
65	J'ai beaucoup de difficultés à faire confiance aux gens.	1 2 3 4 5 6
66	Je suis laid(e).	1 2 3 4 5 6
67	J'ai peur que les personnes dont je me sens proche ne m'abandonnent ou ne me quittent.	1 2 3 4 5 6
68	Je peux m'en sortir avec très peu de chose, car mes besoins sont minimes.	1 2 3 4 5 6
69	J'ai souvent peur d'avoir une attaque cardiaque, même s'il y a peu de raisons médicales pour que je sois concerné(e).	1 2 3 4 5 6
70	Je me sens souvent embarrassé(e) par rapport aux autres personnes, car je ne peux pas me mesurer à elles en termes de réussite.	1 2 3 4 5 6
71	Je sens que je ne peux pas relâcher mes gardes devant les autres personnes, sinon elles vont intentionnellement me blesser.	1 2 3 4 5 6
72	J'ai beaucoup de difficultés à sacrifier mon temps pour un but à long terme, surtout si je n'ai pas de récompense immédiate.	1 2 3 4 5 6
73	Je ne peux pas être moi-même ou exprimer ce que je ressens, sinon les gens me quitteront.	1 2 3 4 5 6
74	Je pense que je dois contrôler mes émotions et mes impulsions, sinon quelque chose de mauvais pourrait se produire.	1 2 3 4 5 6
75	Je ne peux pas m'obliger à finir des tâches quotidiennes ou ennuyeuses.	1 2 3 4 5 6

76	Je n'ai pas l'impression que je peux me débrouiller tout(e) seul(e).	1 2 3 4 5 6
77	Qu'importe ce que je fais, je sens que je ne suis pas capable d'obtenir d'une personne importante qu'elle me respecte, ou pense que j'en vaudrais la peine.	1 2 3 4 5 6
78	Je ne peux pas m'empêcher d'avoir l'impression que quelque chose de mauvais est en train de se passer.	1 2 3 4 5 6
79	J'ai le sentiment que je ne peux pas être aimé(e).	1 2 3 4 5 6
80	Quoi que je donne, ce n'est pas assez.	1 2 3 4 5 6
81	Je suis tellement occupé(e) à faire des choses pour les gens auxquels je tiens, que je n'ai que peu de temps pour moi-même.	1 2 3 4 5 6
82	À la fin, je serai seul(e).	1 2 3 4 5 6
83	Je me sens tellement vulnérable sans les personnes qui me protègent que j'ai peur de les perdre.	1 2 3 4 5 6
84	Durant ma vie, je n'ai jamais pensé être spécial(e) pour quelqu'un.	1 2 3 4 5 6
85	Les gens ne veulent pas m'intégrer dans leurs groupes.	1 2 3 4 5 6
86	Je sens que j'ai besoin de quelqu'un sur qui je puisse compter pour me donner des conseils sur les questions pratiques.	1 2 3 4 5 6
87	J'essaie de faire de mon mieux : je ne peux pas accepter d'être seulement « assez bon(ne) ».	1 2 3 4 5 6
88	J'ai beaucoup de mal à arrêter de faire certaines choses comme boire, fumer ou trop manger.	1 2 3 4 5 6
89	Si je pense que quelqu'un est prêt à me faire du mal, j'essaie de lui faire du mal en premier.	1 2 3 4 5 6
90	La plupart du temps, je n'ai eu personne qui m'a vraiment écouté(e), compris(e), et qui s'est intéressé à mes besoins réels et à mes sentiments.	1 2 3 4 5 6
91	J'ai tendance à me surmener, même si je sais que c'est mauvais pour moi.	1 2 3 4 5 6
92	Je ne peux pas me concentrer sur les choses trop longtemps.	1 2 3 4 5 6
93	Je me contrôle tellement que les gens pensent que je suis sans émotions.	1 2 3 4 5 6
94	Je suis en colère quand je pense à la façon dont les autres personnes m'ont maltraité(e) durant ma vie.	1 2 3 4 5 6
95	En dehors de mon travail, j'ai des difficultés à m'attaquer à de nouvelles tâches, à moins d'avoir quelqu'un pour m'aider.	1 2 3 4 5 6
96	Je dois faire face à toutes mes responsabilités.	1 2 3 4 5 6
97	Je déteste être obligé(e) de ne pas faire ce que je veux.	1 2 3 4 5 6

98	Quelque fois j'ai tellement peur que les gens me quittent que je les chasse.	1 2 3 4 5 6
99	Je suis une bonne personne parce que je pense plus aux autres qu'à moi-même.	1 2 3 4 5 6
100	Aucune personne que je désire ne se rapprocherait de moi si elle me connaissait réellement.	1 2 3 4 5 6
101	Quand il y a quelque chose à faire, je suis incompetent(e).	1 2 3 4 5 6
102	Les gens considèrent que j'en fais trop pour les autres et pas assez pour moi-même.	1 2 3 4 5 6
103	J'ai le sentiment que je manque de bases et de supports émotionnels stables.	1 2 3 4 5 6
104	Je suis une personne peureuse.	1 2 3 4 5 6
105	Je suis le (la) seul(e), généralement, qui fait attention aux autres qui me sont proches.	1 2 3 4 5 6
106	Si les autres apprennent mes principaux défauts, je ne peux pas leur faire face.	1 2 3 4 5 6
107	Je perds mon sang froid à la moindre offense.	1 2 3 4 5 6
108	Je ne suis pas aussi intelligent(e) que les autres personnes quand il s'agit du travail ou des études.	1 2 3 4 5 6
109	Je ne sais pas m'accorder avec les autres.	1 2 3 4 5 6
110	J'ai tellement besoin des autres que j'ai peur de les perdre.	1 2 3 4 5 6
111	Quand je fais une erreur, je mérite une sévère critique.	1 2 3 4 5 6
112	Je fais souvent des choses avec impulsivité, et je les regrette ensuite.	1 2 3 4 5 6
113	J'ai l'impression que mes parents seraient très blessés si je vivais ma propre vie, loin d'eux.	1 2 3 4 5 6
114	Je suis heureux (se) uniquement quand les gens qui m'entourent sont heureux.	1 2 3 4 5 6
115	Si je disparaissais demain, personne ne le remarquera.	1 2 3 4 5 6
116	J'ai tellement de choses à accomplir que je n'ai presque pas le temps d'être « relax ».	1 2 3 4 5 6
117	Je me sens coupable quand je laisse tomber les gens ou que je les déçois	1 2 3 4 5 6
118	Il m'est très difficile de demander aux autres de faire attention à mes besoins.	1 2 3 4 5 6
119	Je préfère faire un cadeau qu'en recevoir.	1 2 3 4 5 6
120	Pratiquement rien de ce que je fais au travail n'est aussi bon que ce que les autres peuvent faire.	1 2 3 4 5 6
121	Je suis fondamentalement imparfait(e).	1 2 3 4 5 6
122	Je crois que les autres personnes peuvent s'occuper de moi, mieux que je ne le ferais moi-même.	1 2 3 4 5 6

123	J'ai raison de faire attention à l'argent et à ma situation.	1 2 3 4 5 6
124	Quand une tâche devient difficile, je ne persévère généralement pas, et je l'abandonne.	1 2 3 4 5 6
125	J'ai beaucoup de mal à accepter un refus de la part des autres personnes, lorsque je veux quelque chose.	1 2 3 4 5 6
126	Je suis fondamentalement différent(e) des autres gens.	1 2 3 4 5 6
127	Je teste les autres personnes pour voir si elles me disent la vérité, ou si elles sont bien intentionnées.	1 2 3 4 5 6
128	Je me sens souvent comme un(e) étranger(ère).	1 2 3 4 5 6
129	Je ne peux pas comprendre comment quelqu'un peut m'aimer.	1 2 3 4 5 6
130	J'ai la sensation qu'il y a une pression constante sur moi pour terminer les choses.	1 2 3 4 5 6
131	Je pense que la plupart des gens ne pensent qu'à eux-mêmes.	1 2 3 4 5 6
132	Si je m'appuie sur mon propre jugement dans les situations de tous les jours, je prendrai de mauvaises décisions.	1 2 3 4 5 6
133	Je suis très soupçonneux (se) en ce qui concerne les intentions des autres personnes.	1 2 3 4 5 6
134	Je ne peux pas compter sur les gens qui me soutiennent pour être là quand il le faut.	1 2 3 4 5 6
135	Si je ne peux pas atteindre un but, je suis facilement frustré(e), ou j'abandonne.	1 2 3 4 5 6
136	Je suis bouleversé(e) quand quelqu'un me laisse tout(e) seul(e), même pour un petit moment.	1 2 3 4 5 6
137	Une de mes plus grandes peurs est que mes défauts soient découverts.	1 2 3 4 5 6
138	J'ai besoin que les autres m'aident à m'en sortir.	1 2 3 4 5 6
139	J'ai souvent la sensation que je dois me protéger des autres personnes.	1 2 3 4 5 6
140	Si je fais ce que je veux, je me sens mal à l'aise.	1 2 3 4 5 6
141	Je m'inquiète beaucoup pour les mauvaises choses qui peuvent arriver dans le monde : crime, pollution, etc.	1 2 3 4 5 6
142	J'ai rarement eu une personne forte pour me donner des conseils, ou me guider, quand je n'étais pas sûr(e) de ce qu'il fallait faire.	1 2 3 4 5 6
143	Presque rien de ce que je fais n'est assez bien, je peux toujours faire mieux.	1 2 3 4 5 6

144	Je suis trop conscient(e) de ce que je suis pour montrer des sentiments positifs aux autres, comme par exemple de l'affection.	1 2 3 4 5 6
145	C'est de ma faute si mes parents ne m'ont pas assez aimé(e).	1 2 3 4 5 6
146	Je ne peux pas être trop proche des autres, car je ne suis pas sûr(e) qu'ils seront toujours là.	1 2 3 4 5 6
147	Je pense qu'il est gênant d'exprimer mes sentiments aux autres.	1 2 3 4 5 6
148	Les gens n'ont pas été là pour répondre à mes besoins affectifs.	1 2 3 4 5 6
149	Il semble que les personnes importantes de ma vie ne font toujours qu'aller et venir.	1 2 3 4 5 6
150	Si quelqu'un agit agréablement pour moi, je suppose que c'est parce qu'il cherche quelque chose.	1 2 3 4 5 6
151	Je place les besoins des autres avant les miens, ou je me sens coupable.	1 2 3 4 5 6
152	La plupart du temps, je n'ai personne pour me guider, ou partager avec moi les choses qui m'arrivent.	1 2 3 4 5 6
153	Je n'appartiens à personne, je suis un(e) solitaire.	1 2 3 4 5 6
154	J'ai peur de perdre le contrôle de mes actions.	1 2 3 4 5 6
155	Je suis rarement capable de tenir mes résolutions.	1 2 3 4 5 6
156	J'ai souvent l'impression que je n'ai pas de secret pour mes parents ou mon (ma) « partenaire ».	1 2 3 4 5 6
157	Je suis le (la) seul(e) qui ai toujours écouté les problèmes des autres.	1 2 3 4 5 6
158	La plupart du temps, je n'ai personne sur qui compter émotionnellement.	1 2 3 4 5 6
159	Je sacrifie souvent le plaisir et la joie pour respecter mes propres valeurs morales..	1 2 3 4 5 6
160	Je donne plus aux gens que je n'en reçois.	1 2 3 4 5 6

*Traduit et adapté avec l'autorisation des auteurs.*

## CORRESPONDANCE DES ITEMS DU QUESTIONNAIRE D'ATTITUDE DES SCHÉMAS

<b>Schémas</b>	<b>Questions</b>
Incompétence	7-20-39-49-55-64-70-101-108-120
Carence Emotionnelle	2-24-29-45-84-85-90-103-134-142-145-148-149-152-158
Isolement	1-16-21-28-32-38-48-50-53-58-66-77-79-82-100-106-109-115-121-126-128-129-137-153
Auto-contrôle Insuffisant	5-34-35-46-52-61-62-72-75-88-91-92-97-107-112-124-125-155-135
Méfiance	8-13-18-26-41-57-65-71-73-89-94-127-131-133-139-146-150
Sacrifice de Soi	4-63-68-80-81-99-102-105-114-117-118-119-140-151-157-160
Sens Moral Implacable	6-10-12-17-23-27-43-87-96-111-116-123-130-143-159
Abandon	15-22-36-51-67-83-98-110-136
Attachement	9-33-47-54-56-113-156
Vulnérabilité	19-25-44-60-69-78-104-141
Dépendance	3-11-14-30-31-37-76-86-95-122-132-138
Inhibition Emotionnelle	40-59-93-144-147
Peur de Perdre le Contrôle	42-74-154

## ISPE

**Inventaire des schémas précoces pour enfants**

Nous voudrions connaître certaines choses qui te concernent. Pour cela, nous avons préparé un certain nombre de questions auxquelles tu dois répondre à l'aide d'une croix. Pour chaque question, tu dois mettre une croix dans la case qui correspond le mieux à ce que tu penses.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, ce qui est le plus important, c'est que tu répondes ce que tu penses vraiment toi-même.

Nous allons faire un exemple ensemble :

	Presque jamais	Parfois	Très souvent
Le matin je bois du chocolat...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si tu mets une croix dans la case « très souvent », c'est que presque tous les matins, tu bois du chocolat au petit-déjeuner.

Si tu mets une croix dans la case « parfois », c'est que de temps en temps, le matin, tu bois du chocolat au petit-déjeuner.

Si tu mets une croix dans la case « presque jamais », c'est que tous les matins tu bois autre chose qu'un chocolat au petit-déjeuner, tu n'en bois presque jamais.

Si tu as bien compris ce qu'il faut faire, tu peux tourner la page et commencer.

	Presque jamais	Parfois	Très souvent
1 Je me sens obligée de tout raconter à mes parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 J'ai l'impression que je rate tout ce que je fais à l'école et en dehors de l'école.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 J'ai l'impression que mes parents ou mes amis ne font pas assez attention à moi ou ne m'aiment pas assez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Je me mets en colère quand je veux quelque chose et qu'on me dit « non »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 J'ai peur d'être méchante sans le vouloir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Je préfère faire plaisir aux autres que de me faire plaisir à moi-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Je me méfie, car je pense que les autres sont plus méchants qu'ils en ont l'air.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- |    |  |                          |                          |                          |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8  | Toute seule, si personne ne peut m'aider, je ne comprends pas ce qui se passe autour de moi.                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9  | C'est normal que mes professeurs ou mes parents soient sévères avec moi quand je fais une erreur, même petite. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Pour moi, c'est difficile de montrer à mes camarades que je suis heureuse                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | J'ai du mal à finir un travail que je trouve ennuyeux  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Quand j'ai un contrôle, j'ai l'impression de réussir moins bien que les autres élèves.                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | J'ai l'impression que mes amis veulent profiter de moi   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Je suis seule, et je ne parle pas de mes secrets aux autres car je suis différente d'eux...                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | Quand mes parents ou mes amis sont tristes, je suis la seule qui les écoute et les aide.                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | Je veux être la meilleure dans tout ce que je fais   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 | Je suis très inquiète quand mes amis ou mes parents me laissent toute seule, même pour un petit moment.        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 | J'ai peur d'être attaquée par quelqu'un  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 | J'ai peur que les gens qui m'aiment me quittent  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 | Je me sens plus proche de mes parents que mes autres amis ne le sont de leurs parents.                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21 | J'ai peur de tomber malade ou d'avoir un accident  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22 | Quand j'étais plus petite, personne ne m'écoutait et personne ne s'intéressait à moi.                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23 | Si je me mets en colère j'ai peur de faire mal à quelqu'un   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24 | Quand je fais quelque chose j'ai besoin que quelqu'un m'aide   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25 | Quand je suis triste, je ne le montre pas à mes camarades ou à mes parents.                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26 | J'ai du mal à me faire des amis  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Grille de correction de l'Inventaire des schémas précoces pour enfants

Schéma	Contenu du schéma	Items	Note
Incompétence	Croyance en un niveau d'aptitude et de réussite inférieure à celui des autres...	2 12	
Carence Emotionnelle	Plainte sur le manque de partage émotionnel avec les autres, le manque de considérations et d'affection...	3 22	
Isolement	Solitude, rejet des autres, incapacité à s'investir dans des relations sociales...	14 26	
Auto-contrôle Insuffisant	Énerverment facile, manque de volonté pour achever les tâches, refus d'agir contre sa volonté...	4 11	
Méfiance	Méfiance vis-à-vis d'autrui...	7 13	
Sacrifice de Soi	Abnégation, dévouement sans limites à la cause des autres...	6 15	
Sens Moral Implacable	Désir de perfection pour soi-même, incapacité à être satisfait par ses actions...	9 16	
Abandon	Sentiment que les relations appréciées avec autrui vont cesser, comme toujours...	17 19	
Attachement	Incapacité à se détacher de l'opinion et des influences des parents...	1 20	
Vulnérabilité	Peur d'une catastrophe imminente...	18 21	
Dépendance	Besoin des autres pour comprendre ce qui se passe et réaliser des actions...	8 24	
Inhibition Emotionnelle	Incapacité à exprimer des sentiments	10 25	
Peur de perdre le contrôle	Peur de réagir impulsivement et de faire mal physiquement ou moralement à autrui...	5 23	

## HISTOIRE DE LA PETITE CHRISTELLE

Ce matin, Christelle part pour un mois en colonie de vacances loin de chez elle. Elle s'est réveillée un peu plus tôt que d'habitude. Elle est assise par terre dans sa chambre et termine de ranger ses affaires dans sa grande valise. Elle fait attention à ne rien oublier et, au fur et à mesure qu'elle place une affaire dans la valise, elle la coche sur sa liste des choses à emporter pour le voyage. Elle essaie de bien ranger ses affaires dans la valise pour gagner de la place car il a beaucoup de choses à prendre pour partir et elle voudrait ne rien devoir laisser à la maison.

La mère de Christelle quitte la chambre en disant qu'elle va bientôt sortir la voiture du garage. Christelle la regarde descendre l'escalier et pense que bientôt elles seront loin l'une de l'autre pour tout un mois. C'est la première fois qu'elle part en colonie et elle ne sait pas si les autres enfants sont tristes d'être loin de chez eux aussi longtemps, elle se dit que peut-être certains pleurent le soir en pensant à leurs parents. Elle vérifie qu'elle a bien mis dans sa valise le papier à lettre et les enveloppes avec l'adresse de la maison dessus. Elle se demande aussi ce que les parents pensent quand les enfants partent.

Christelle et sa mère sont assises dans leur petite voiture qui roule vers la gare. Christelle pense à la colonie et se demande quelles seront les activités proposées, si elles lui plairont. Elle aime bien faire du sport, des randonnées et des jeux de société. Elle pense qu'il y aura des moments pour jouer, mais elle pense aussi qu'il y aura parfois des corvées pendant la journée, comme faire la vaisselle ou peut-être nettoyer sa chambre, ou peut être même faire à manger, mettre la table le midi ou le soir. En tout cas, c'est les vacances et il n'aura pas de devoirs d'école comme pendant le reste de l'année.

Christelle et sa mère sont arrivées. La voiture est bien garée dans le parking et elles entrent dans la grande gare remplie de monde. Christelle voit une autre fille de son âge, habillée en survêtement, qui porte un ballon de basket rouge et noir. Elle se demande s'il y aura d'autres enfants qu'elle qui aiment jouer au basket. Elle se demande si elles pourront faire plusieurs équipes, des bonnes et des moins bonnes pour faire des tournois, s'il y a un terrain de basket à la colonie. Elle ne sait pas si les autres filles sont fortes en sport et si elles aiment ça comme elle.

Christelle avance dans la gare en tirant sa valise derrière elle. Elle regarde toutes ces personnes autour d'elle dans le grand hall. Elle voit des personnes seules qui attendent sans bouger, d'autres qui marchent

très vite, qui courent, beaucoup qui regardent le grand panneau des départs et des arrivées. Elle passe devant un chien qui dort au bout de sa laisse, elle passe devant un groupe d'inconnus et dans ce groupe d'inconnus, il y a un grand homme avec une drôle de barbe blanche qui regarde Christelle dans les yeux pendant quelques instants. Elle voit des policiers qui regardent tout autour d'eux pour vérifier que tout va bien.

Au loin elle voit un groupe de quatre enfants de son école, deux filles et deux garçons, elle les reconnaît. Elle pense qu'ils doivent eux aussi aller en colonie de vacances. Si c'est dans la même colonie que la sienne, ils pourront jouer ensemble. Christelle pense aussi qu'elle pourra peut-être se faire d'autres copains et copines avec qui jouer et avec qui discuter. Elle regarde les enfants autour d'elle, des filles et des garçons, des plus grands et des plus petits qu'elle, certains sont avec leurs parents comme un petit garçon tout blond. Il se demande si parmi tous ces enfants elle se fera des amis.

Christelle et sa mère arrivent sur le quai numéro 7 où le train est prêt au départ. Devant elle, il y a toujours beaucoup d'enfants accompagnés de leurs parents. Il y a un garçon pas très grand, avec une casquette rouge, qui porte sa valise sans roulette très difficilement. Il la soulève, la balance un peu devant lui et la laisse retomber par terre. À chaque fois, il râle un peu en faisant son mouvement. Il fait parfois une pause pour souffler. Il avance comme cela, tout doucement, mètre par mètre. Sa valise doit être un peu trop lourde pour qu'il puisse la porter tout seul, il aurait besoin d'aide.

Christelle arrive enfin devant la porte de son wagon, il y a une affiche collée dessus avec le nom de la colonie. Elle embrasse sa mère très fort, encore une fois, pour lui dire au revoir. Puis, elle va pour monter la première marche du wagon. C'est alors qu'une fille, avec un short et des chaussures de randonneuse, la bouscule et passe devant elle avec sa valise et un sac en bandoulière, sans faire attention. Christelle recule un peu pour la laisser passer et attend qu'elle soit bien montée dans le train avant de le suivre. Elle se retourne et sourit à sa mère qui lui sourit aussi.

Comme elle est en haut des marches, Christelle se penche un peu pour regarder une dernière fois les autres wagons et les autres enfants sur le quai. Alors, elle voit Marie, une bonne copine de sa classe qui monte dans le train, deux wagons plus loin. Marie aussi l'a vue et elles se font signe de la main avant d'entrer dans leur wagon respectif. Christelle ne sait pas si Marie va dans la même colonie qu'elle, elles n'en ont pas parlé avant. Mais peut-être qu'elles se verront dans le train, peut-être

qu'elles se retrouveront à l'arrivée, peut-être pas. Christelle se souvient que Marie la fait souvent rire.

Christelle avance péniblement dans son wagon où de nombreux enfants de son âge sont déjà assis, et où d'autre bougent dans tous les sens. Elle se faufile dans la rangée du milieu. Il y a beaucoup de bruit, des rires et des cris. Elle cherche du regard un adulte accompagnant pour lui demander où elle doit s'asseoir. Elle aurait aussi besoin que quelqu'un l'aide pour soulever sa valise et la mettre dans les paniers au-dessus des fauteuils. Un moniteur vient la rejoindre avec un large sourire, lui demande son nom et son prénom pour les vérifier sur sa feuille, puis il lui montre sa place et range sa valise.

Christelle s'assoit à la place qu'on lui a indiquée. Elle se rend compte tout de suite qu'à côté d'elle, à la place contre la fenêtre, il y a Philippe. C'est un garçon de son école qu'elle trouve très beau. Il n'est pas dans la même classe qu'elle et ils ne se sont pas parlés très souvent, mais Christelle le connaît bien. Il est habillé en jeans avec une chemisette blanche. Ses cheveux sont courts et roux. Il la reconnaît et lui dit bonjour gentiment, puis il se retourne pour regarder ses parents qui sont sur le quai, et tapent sur la fenêtre pour attirer son attention.

Le train démarre et quitte doucement le quai. Les enfants dans le wagon crient tous. Christelle se met debout pour bien voir sa mère sur le quai et pour lui faire encore des grands signes. Elle est à côté des parents de Christine. À un moment, avant de sortir de la gare, le train freine et Christelle entend les freins crisser. Elle est un peu bousculée et manque tomber parce qu'elle ne se tenait pas et n'était toujours pas assise. Alors Christelle, qui ne peut plus voir sa mère, s'assoit. Le train ne s'arrête pas complètement, il siffle une fois et accélère de plus bel pour un mois de vacances.

Tableau 4.2. Étalonnage de l'ISPE en cinq classes selon le degré de présence et d'activation des schémas cognitifs des filles

Schémas	6 <sup>e</sup>			5 <sup>e</sup>			4 <sup>e</sup>			3 <sup>e</sup>										
	1	1,5	2	2,5	3	1	1,5	2	2,5	3	1	1,5	2	2,5	3					
Incompétence	.137	.237	.337	.193	.075	.087	.237	.312	.206	.156	.111	.230	.307	.216	.132	.100	.192	.307	.253	.146
Carence émotionnelle	.462	.237	.200	.062	.037	.475	.250	.181	.081	.012	.447	.342	.125	.041	.041	.400	.307	.200	.076	.015
Isolement	.356	.193	.300	.081	.068	.487	.250	.193	.037	.031	.461	.293	.174	.048	.020	.523	.284	.153	.030	.007
Auto-contrôle insuffisant	.125	.281	.312	.237	.106	.106	.287	.362	.143	.100	.076	.258	.356	.244	.069	.100	.230	.323	.176	.169
Méfiance	.181	.343	.325	.112	.037	.287	.337	.225	.100	.050	.349	.314	.223	.076	.034	.353	.315	.230	.069	.030
Sacrifice de soi	.050	.168	.337	.231	.212	.075	.143	.375	.287	.118	.034	.181	.349	.328	.104	.030	.200	.346	.276	.146
Sens moral implacable	.056	.243	.350	.275	.075	.100	.293	.368	.162	.075	.132	.258	.335	.209	.062	.138	.292	.338	.192	.038
Abandon	.218	.300	.287	.131	.062	.193	.318	.268	.156	.062	.153	.363	.272	.132	.076	.207	.338	.292	.130	.030
Attachement	.081	.181	.350	.256	.131	.150	.275	.287	.175	.112	.195	.230	.321	.181	.069	.207	.300	.346	.123	.230
Vulnérabilité	.118	.206	.306	.256	.112	.175	.243	.312	.156	.112	.244	.300	.251	.139	.062	.153	.300	.346	.146	.053
Dépendance	.231	.331	.250	.131	.056	.256	.300	.275	.131	.037	.258	.356	.244	.118	.020	.323	.346	.215	.061	.015
Inhibition émotionnelle	.187	.243	.318	.175	.075	.225	.293	.275	.131	.075	.265	.321	.230	.097	.083	.315	.276	.292	.084	.030
Peur de perdre le contrôle	.118	.243	.300	.193	.143	.250	.250	.256	.150	.093	.174	.223	.286	.216	.097	.223	.261	.253	.161	.100

Chacune des classes correspond à la moyenne des deux items composant le schéma.

Tableau 4.3. Étalonnage de l'ISPE en cinq classes selon le degré de présence  
et d'activation des schémas cognitifs des garçons

Schémas	6 <sup>e</sup>						5 <sup>e</sup>						4 <sup>e</sup>						3 <sup>e</sup>													
	1	1,5	2	2,5	3	3	1	1,5	2	2,5	3	3	1	1,5	2	2,5	3	3	1	1,5	2	2,5	3	1	1,5	2	2,5	3				
Incompétence	.210	.253	.326	.130	.079	.194	.271	.288	.152	.093	.129	.222	.407	.212	.027	.114	.254	.307	.219	.105	.539	.256	.141	.035	.026	.500	.280	.122	.043	.052		
Carence émotionnelle	.514	.188	.195	.050	.050	.542	.279	.110	.050	.016	.555	.231	.129	.064	.018	.539	.256	.141	.035	.026	.500	.280	.122	.043	.052	.500	.280	.122	.043	.052		
Isolement	.405	.123	.282	.123	.065	.457	.279	.135	.067	.059	.574	.166	.138	.064	.055	.500	.280	.122	.043	.052	.500	.280	.122	.043	.052	.500	.280	.122	.043	.052		
Auto-contrôle insuffisant	.108	.210	.275	.231	.173	.084	.279	.338	.169	.127	.037	.296	.361	.240	.064	.078	.105	.421	.280	.114	.078	.105	.421	.280	.114	.078	.105	.421	.280	.114		
Méfiance	.282	.268	.231	.151	.065	.305	.355	.228	.084	.025	.305	.342	.250	.064	.070	.342	.228	.307	.122	.000	.342	.228	.307	.122	.000	.342	.228	.307	.122	.000		
Sacrifice de soi	.086	.108	.471	.224	.108	.059	.228	.415	.169	.127	.129	.240	.324	.240	.064	.105	.245	.456	.114	.078	.105	.245	.456	.114	.078	.105	.245	.456	.114	.078		
Sens moral implacable	.079	.137	.326	.311	.144	.093	.228	.381	.211	.084	.046	.203	.398	.240	.111	.061	.184	.289	.350	.114	.061	.184	.289	.350	.114	.061	.184	.289	.350	.114		
Abandon	.289	.304	.246	.094	.065	.398	.322	.203	.025	.050	.472	.324	.138	.037	.027	.315	.385	.245	.035	.017	.315	.385	.245	.035	.017	.315	.385	.245	.035	.017		
Attachement	.065	.195	.326	.289	.123	.110	.279	.338	.177	.093	.120	.379	.231	.203	.064	.210	.210	.350	.201	.026	.210	.350	.201	.026	.210	.350	.201	.026	.210	.350	.201	.026
Vulnérabilité	.304	.268	.246	.094	.086	.346	.279	.254	.084	.016	.500	.250	.166	.055	.027	.342	.315	.263	.043	.035	.342	.315	.263	.043	.035	.342	.315	.263	.043	.035		
Dépendance	.239	.311	.297	.137	.014	.350	.296	.279	.076	.016	.333	.370	.203	.055	.037	.315	.385	.210	.061	.026	.315	.385	.210	.061	.026	.315	.385	.210	.061	.026		
Inhibition émotionnelle	.246	.253	.297	.123	.079	.211	.372	.262	.084	.067	.277	.361	.240	.092	.027	.149	.315	.342	.175	.017	.149	.315	.342	.175	.017	.149	.315	.342	.175	.017		
Peur de perdre le contrôle	.144	.231	.224	.217	.181	.194	.262	.288	.118	.135	.185	.222	.342	.175	.074	.219	.166	.368	.149	.096	.219	.166	.368	.149	.096	.219	.166	.368	.149	.096		

Chacune des classes correspond à la moyenne des deux items composant le schéma.



---

# BIBLIOGRAPHIE

- ALFORT B.A. et BECK A.T. (1997). *The Integrative Power of Cognitive Therapy*, New York, The Guilford Press.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition — Revised (DSM-III-R)*, Washington, American Psychiatric Association.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM-IV)*, Washington, American Psychiatric Association.
- ANDERSEN B.L., CYRANOWSKI J.M. et ESPINDLE D. (1999). « Men's sexual self-schema », *Journal of Personality and Social Psychology*, 76 (4), 645-661.
- ANDERSON J.R. et BOWER G.H. (1973). *Human Associative Memory*, Washington DC, Winston.
- ANDRÉ C. (1997). *La Timidité*, Paris, PUF.
- ANDRÉ C. (1999a). *Les Phobies*, Paris, Flammarion.
- ANDRÉ C. (1999b). *Les Thérapies comportementales et cognitives*, Paris, Pfizer.
- ANDRÉ C. (2002). « La psychothérapie des phobies sociales », in T. LEMPRIÈRE (éd.), *Les Phobies sociales* (p. 171-192), Paris, Masson.
- BALL S.A. et CECERO J.J. (2001). « Addicted patients with personality disorders : Traits, schemas, and presenting problems », *Journal of Personality Disorders*, 15 (1), 72-83.
- BARTLETT F.C. (1916). « An experimental study of some problems of perceiving and imaging », *British Journal of Psychology*, 8, 222-266.
- BARTLETT F.C. (1932). *Remembering*, Cambridge, Cambridge University Press.
- BECK A.T. et CLARK D.A. (1988). « Anxiety and depression : An information processing perspective », *Anxiety Research*, 1, 23-26.
- BECK A.T. et EMERY G. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias : A Cognitive Perspective*, New York, Basic-Books/HarperCollins Publishers.
- BECK A.T. et FREEMAN A. (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*, New York, The Guilford Press.
- BECK A.T. (1974). « The development of depression : A cognitive model »,

- in R. FRIEDMAN et M. KATZ (éd.), *The Psychology of Depression, Contemporary Theory and Research*, Washington, Windson and Sons.
- BECK A.T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. In, P. J. CLAYTON et J. E. BANET (éd.), *Treatment of Depression: Old Controversies and New Approach* (p. 224-233). New York: Raven Press.
- BECK A.T. (2000). Pensée et dépression: Théorie et Thérapie. *Psychothérapies*, 20 (1), 13-22.
- BECK A.T., EPSTEIN N., HARRISON R.P. et EMERY, G. (1983). *Development of the Sociotropy Autonomie Scale: A Measure of Personality Factors in Psychopathology*, Philadelphia, Unpublished Manuscript, University of Pennsylvania.
- BECK A.T., LAUDE R. et BOHNERT M. (1974). « Ideational components of anxiety neurosis », *Archive of General Psychiatry*, 31, 319-325.
- BLACKBURN I.M. et COTTRAUX J. (1988). *Thérapie cognitive de la dépression*, Paris, Masson.
- BOUCHARD S. et FREESTON M. (1995). « Schéma cognitif et anxiété: I: Considérations théoriques et cliniques », *Journal de Thérapie comportementale et cognitive*, 5 (1), 7-16.
- BOUVARD M. et MOLLARD E. (1991). « Version française de l'échelle de sociotropie autonomie de Beck », *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 1, 25-29.
- BOUVARD M. (2002). *Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité*, 2<sup>e</sup> éd., Paris, Masson.
- BOUVARD M., COTTRAUX J., CHARLES S., CIADELLA P., GUEIRIN J. et AIMARD G. (1994). « Étude de validation sur une population française de l'échelle d'attitudes dysfonctionnelles de Weissman et Beck (DAS forme A) », *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 4 (4), 127-135.
- BOWER G.H. et COHEN P.R. (1982). « Emotional influences in memory and thinking: Data and theory », in M.S. CLARK et S.T. FISKE (éd.), *Affect and Cognition* (p. 291-331), Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates.
- BOWER G.H. (1981). « Mood and memory », *American Psychologist*, 36, 129-148.
- BOWER G.H. (1987). « Commentary on mood and memory », *Behaviour Research and Therapy*, 25, 443-456.
- BREWER W.F. (1999). *Bartlett's Concept of the Schema and Its On Theories of Knowledge Representation in Contemporary Cognitive Psychology*, University of Illinois, Unpublished Manuscript.
- BURNS D.D. et BECK A.T. (1978). « Cognitive behavior modification of mood disorders », in FOREYT J.P. et RATHSEN D.P. (éd), *Cognitive Behavior Therapy* (p. 107-134), New York, Plenum.
- BUTLER G. et MATHEWS A. (1983). « Cognitive processes in anxiety » *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 5, 51-62.
- CAPRARA G.V., BARBARANELLI C., BORGOGNI L. et PERUGINI M. (1993). « The "Big-Five Questionnaire": A new questionnaire to assess the five-factor model » *Personality and Individual Differences*, 15, 281-288.
- CARVER C.S. et SCHEIER M.F. (1988). « A control process perspective on anxiety », *Anxiety Research*, 1, 17-22.

- CATTELL R.B., DAY M. et MEELAND T. (1953). « La standardisation du questionnaire de personnalité en 16 facteurs de l'IPAT », *Revue de psychologie appliquée*, 3, 67-83.
- COLLINS A.M. et LOFTUS E.F. (1975). « Aspreading activation theory of semantic processing », *Psychological Review*, 82, 407-428.
- COLLINS A.M. et QUILLIAN M.R. (1969). « Retrieval time from semantic memory », *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 8, 240-247.
- COLLINS A.M. et QUILLIAN M.R. (1972). « How to make a language user », in E. TULVING et W. DONALDSON (éd.), *Organisation of Memory*, New York, Academic Press.
- COSTA P.T. Jr et MCCRAE R.R. (1992a). « Four ways five factors are basic », *Personality and Individual Differences*, 13, 653-665.
- COSTA P.T. Jr et MCCRAE R.R. (1992b). « Reply to Eysenck », *Personality and Individual Differences*, 13, 861-865.
- COSTA P.T. Jr et MCCRAE R.R. (1998). *NEO PI-R : Inventaire de personnalité révisé*. Paris, ECPA.
- COTTRAUX J. (2003). *La Répétition des scénarios de vie*, Paris, Odile Jacob.
- COTTRAUX J. et BLACKBURN I.M. (1995). *Thérapies cognitives des troubles de la personnalité*, Paris, Masson.
- COUSINEAU P. et YOUNG J.E. (1997). « Le traitement du trouble de la personnalité limite par l'approche centrée sur les schémas », *Santé mentale au Québec*, 22 (1), 87-105.
- COUSINEAU P. (2005). *Intervention par les techniques expérientielles*, journées régionales de thérapie comportementale et cognitive, mai 2005, Ajaccio.
- CROSS S.E. et MARKUS H.R. (1994). « Self-schemas, possible selves, and competent performance », *Journal of Educational Psychology*, 86 (3), 423-438.
- CYRANOWSKI J.M., AARESTAD S.L. et ANDERSEN B.L. (1999). « The role of sexual self-schema in a diathesis-stress model of sexual dysfunction », *Applied et Preventive Psychology*, 8, 217-228.
- DAVIDSON D., CAMERON P. et JERGOVIC D. (1995). « The effects of children's stereotypes on their memory for elderly individuals », *Merrill-Palmer Quarterly*, 41 (1), 70-90.
- DEFFENBACHER J.L., ZWEMER W.A., WHISMAN M.A., HILL R.A. et SLOAN R.D. (1986). « Irrational beliefs and anxiety », *Cognitive Therapy and Research*, 10 (3), 281-292.
- DEROGATIS L.R. (1977). *SCL-90-R (revised) Version Manual I*, Clinical Psychometrics Research Unit, John Hopkins University School of Medicine.
- DOBSON K.S., BACKS-DERMOTT B.J. et DOZOIS D.J.A. (2000). « Cognitive and cognitive-behavioral therapies », in C.R. SNYDER et R.E. INGRAM (éd.), *Handbook of Psychological Change : Psychotherapy Processes and Practices for the 21st Century* (p. 409-428), New York, Wiley.
- DUNBAR G.L. (2000). « Traces of reasoning with pragmatic schemas », *Thinking et Reasoning*, 6 (2), 173-181.
- EBBINGHAUS H. (1885). *Über das Gedächtnis : Untersuchungen zur experimentellen Psychologie*, Leipzig, Dunker et Humblot.
- EYSENCK H.J. (1950). *Les Dimensions de la personnalité*, Paris, PUF.

- EYSENCK M.W. et BYRNE A. (1994). « Implicit memory bias, explicit memory bias, and anxiety », *Cognition and Émotion*, 8 (5), 415-431.
- FERRETTI T.R., MCRAE K. et HATHERELL A. (2001). « Integrating verbs, situation schemas, and thematic role concepts », *Journal of Memory and Language*, 44 (4), 516-547.
- FREEDY J.R., HOBFOLL S.E. et RIBBE D.P. (1994). « Life events, war and adjustment : Lessons for the middle east », *Anxiety, Stress and Coping*, 7, 191-203.
- GLASTONE G. et PARKER G. (2001). « Depressogenic cognitive schemas : Enduring beliefs or mood state artefacts ? », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35 (2), 210-216.
- GRAF P., SQUIRE L.R. et MANDLER G. (1984). « The information that amnesic patients do not forget », *Journal of Experimental Psychology : Learning, Memory and cognition*, 11, 501-518.
- Grand Dictionnaire de la psychologie (Le)* (1991), Paris, Larousse.
- GRAZIANI P. (2003). *Anxiété et troubles anxieux*, Paris, Nathan.
- GUIDANO V.F. et LIOTTI G. (1983). *Cognitive Processes and Emotional Disorders*, New York, The Guilford Press.
- HAHUSSEAU S. (2003). *Comment ne pas se gâcher la vie*, Paris, Odile Jacob.
- HATHAWAY S.R. et MCKINLEY J.C. (1966). *Inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota*, Paris, ECPA.
- HOROWITZ L.M. (1994). « Schemas, psychopathology, and psychotherapy research », *Psychotherapy Research*, 4 (1), 1-19.
- HYMAN Jr. I.E. et PENTLAND J. (1996). « The role of mental imagery in the creation of false childhood memories », *Journal of Memory and Language*, 35, 101-117.
- ISEN A.M., SHALKER T.E., CLARK M. et CARP L. (1978). « Accessibility of material in memory and behavior : A cognitive loop », *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 1-12.
- KANT E. (1781/1944). *Critique de la Raison pure*, Paris, PUF.
- KELLY G.A. (1955a). *The Psychology of Personal Constructs*, vol. 1 : *A Theory of Personality*, New York, Norton.
- KELLY G.A. (1955b). *The Psychology of Personal Constructs*, vol. 2 : *Clinical Diagnosis and Psychotherapy*, New York, Norton.
- KOVACS M. et BECK A.T. (1978). « Maladaptive cognitive structures in depression », *American Journal of Psychiatry*, 135 (5), 525-533.
- LAMPINEN J.M., COPELAND S.M. et NEUSCHATZ J.S. (2001). « Recollections of things schematic : Room schemas revisited », *Journal of Experimental Psychology. Learning, Memory, and Cognition*, 27 (5), 1211-1222.
- LANG P.J. (1979). « A bio-informational theory of emotion », *Psychophysiology*, 16, 495-512.
- LAZARUS R.S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*, New York, Mc Graw-Hill.
- LAZARUS R.S. (1991). *Emotion and Adaptation*, Oxford, Oxford University Press.
- LEE C.W., TAYLOR G. et DUNN J. (1999). « Factor structure of the schema questionnaire in a large clinical sample », *Cognitive Therapy and Research*, 23 (4), 441-451.

- LEVENTHAL H. (1980). « Toward a comprehensive theory of emotion », in L. BERKOWITZ (éd.), *Advances in Experimental Social Psychology*, New York, Academic Press.
- LEVENTHAL H. (1984). « A perceptual motor theory of emotion », in K.R. SCHERER et P. EKMAN (éd.), *Approches to Emotion* (p. 271-291), Hillsdale, Erlbaum.
- LIEBMAN S. E. et ALLEN G.J. (1995). « Anxiety sensitivity, state anxiety and perceptions of facial emotions », *Journal of Anxiety Disorders*, 9 (4), 257-267.
- MANDLER G. (1975). *Mind and Emotion*, New York, Wiley and Sons.
- MANDLER J. et JOHNSON N. (1977). « Remembrance or things parsed : Story structure and recall », *Cognitive Psychology*, 9, 111-151.
- MARKUS H. (1977). « Self-schemata and processing information about the self », *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 63-78.
- MARTIN C.L., RUBLE D.N. et SZKRYBALO J. (2002). « Cognitive theories of early gender development », *Psychological Bulletin*, 128 (6), 903-933.
- MCGINN L.K. et YOUNG J.E. (1996). « Schema-focused therapy », in P. SALKOVSKIS (éd.), *Frontiers of Cognitive Therapy*, New York, The Guilford Press.
- MEYER C., LEUNG N., FEARY R. et MAN B. (2001). « Core beliefs and bulimic symptomatology in non-eating-disordered women : The mediating role of borderline characteristics », *Journal of Eating Disorders*, 30, 434-440.
- MIHAESCU G., SECHAUD M., COTTRAUX J., VELARDI A., HAINZE X., FINOT S.C. et BAETTIG D. (1997). « Le questionnaire des schémas cognitifs de Young : traduction et validation préliminaire », *L'Encéphale*, 23, 200-2008.
- MINSKY M. (1975). « A Framework for Representing Knowledge », in P.H. WINSTON (éd.), *The Psychology of Computer Vision*, New York, McGraw-Hill.
- MIRABEL-SARRON C. et RIVIÈRE B. (1993). *Précis de thérapie cognitive*, Paris, Dunod.
- NARVAEZ D. et BOCK T. (2002). « Moral schemas and tacit judgement or how the Defining Issues Test is supported by cognitive science », *Journal of Moral Education*, 31 (3), 297-314.
- NESSE R.M. et KLAAS R. (1994). « Risk perception by patients with anxiety disorders », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182 (8), 465-470.
- NORMAN D.A. et RUMELHART D.E. (1983). « Studies of typing from the LNR Research Group », in W.E. COOPER (éd.), *Cognitive Aspects of Skilled Typewriting*, New York, Springer-Verlag.
- NORMAN D.A., RUMELHART D.E. et THE LNR RESEARCH GROUP (1975). *Explorations in Cognition*, San Francisco, Freeman.
- O'HARA B. (2001). « Cognitive-behavioral treatment of anxiety in late life from a schema-focused approach », *Clinical Gerontologist*, 22 (3/4), 23-36.
- PARISIEN M. et MORISETTE L. (1997). « L'hospitalisation prolongée et sécuritaire d'adolescents du continuum narcissique-limite : de l'approche psychodynamique à l'approche cognitive », *Santé mentale au Québec*, 22 (1), 106-126.
- PARKER G., GLADSTONE G., MITCHELL P., WILHELM K. et ROY

- K. (2000). « Do early adverse experiences establish a cognitive vulnerability to depression on exposure to mirroring life events in adulthood ? », *Journal of Affective Disorders*, 57 (1-3), 209-215.
- PETROCELLI J.V., GLASER B.A., CALHOUN G.B. et CAMPBELL L.F. (2001). « Early maladaptive schemas of personality disorder subtypes », *Journal of Personality Disorders*, 15 (6), 546-559.
- PIAGET J. (1936). *La Naissance de l'intelligence chez l'enfant*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé.
- PIAGET J. (1964). *Six études de psychologie*, Genève, Gonthier.
- PIAGET J. et INHELDER B. (1941). *Le Développement des quantités chez l'enfant*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé.
- PIAGET J. et INHELDER B. (1968). *Mémoire et intelligence*, Paris, PUF.
- PLUTCHIK R. (1977). « Cognitions in the service of emotions : An evolutionary perspective », in D.K. CANDLAND, J.P. FELL, E. KEEN, A.I. LESHNER, R. PLUTCHIK et R.M. TARPY (éd.), *Emotions*, Monterey, Brooks/Cole.
- PLUTCHIK R. (1993). « Emotions and their vicissitudes : Émotions and psychopathology », in M. LEWIS et J.M. HAVILAND (éd.), *Handbook of Emotions* (p. 53-66), New York, The Guilford Press.
- PRETZER J.L., BECK A.T. et NEWMAN C.F. (1989). « Stress and stress management : A cognitive view », *Journal of Cognitive Psychotherapy : An International Quarterly*, 3 (3), 163-179.
- QUAY H.C., ROUTH D.K. et SHAPIRO S.K. (1987). « Psychopathology of childhood : From description to validation », *Annual Review of Psychology*, 38, 491-532.
- RIDLEY C.R., CHIH D.W. et OLIVERA R.J. (2000). « Training in cultural schemas : An antidote to unintentional racism in clinical practice », *American Journal of Orthopsychiatry*, 70 (1), 65-72.
- ROGERS T.B. (1981). « A model of the self as an aspect of the human information processing system », in N. CANTOR et J.F. KIHLMSTRÖM (éd.), *Personality, Cognition, and Social Interaction* (p. 193-214), Hillsdale, Erlbaum.
- ROUAN G. et PEDINIELLI J.-L. (2002). « Emotion et psychopathologie cognitive », in A. CHANNOUF et G. ROUAN (éd.), *Émotions et cognitions* (p. 223-256), Bruxelles, De Boeck Université.
- RUMELHART D. (1975). « Notes on a schemas for stories », in D.G. BOBROW et A.M. COLLINS (éd.), *Representation and Understanding*.
- RUMELHART D.E. et ORTONY A. (1977). « The representation of knowledge in memory », in R.C. ANDERSON, R. SPIRO et W.E. MONTAGUE (éd.), *Schooling and the Acquisition of Knowledge* (p. 99-136), Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates.
- RUSINEK S. et HAUTEKÈÈTE M. (2000). « Instrument d'étude des schémas des enfants : L'inventaire des schémas précoces pour enfants (ISPE) », *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 9 (2), 55-61.
- RUSINEK S. et SGARD F. (2005). « Exemple de thérapie orientée schémas chez un patient alcoolodépendant », *Alcoologie et Addictologie*, 27 (3), 233-237.

- RUSINEK S. (1999). « Étude des schémas précoces chez des adultes et des enfants anxieux », *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, 3 (4), 15-24.
- RUSINEK S. (2003a). « Étude de l'évolution des schémas précoces chez des enfants anxieux-traités », *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 13 (4), 165-174.
- RUSINEK S. (2003b). « Quelques questions-réponses théoriques sur le développement de l'anxiété », *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, 8 (2), 5-11.
- RUSINEK S. (2004a). *Les Émotions : du normal au pathologique*, Paris, Dunod.
- RUSINEK S. (2004b). « Thérapie orientée schémas après évaluation de modifications sémantiques dans un rappel d'histoire », *Annales médico-psychologiques*, 162, 189-194.
- SAFRAN J.D. et SEGAL Z.V. (1990). *Interpersonal Process in Cognitive Therapy*, New York, Basic Books.
- SAMUEL-LAJEUNESSE B., MIRABEL-SARRON CH., VERA L., MEHRAN F. et al. (2004). *Manuel de thérapie comportementale et cognitive* (2<sup>e</sup> éd.), Paris, Dunod.
- SCHANK R.C. et ABELSON R.P. (1977). *Scripts, Plans, Goals and Understanding*, Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates.
- SCHMIDT N.B., JOINER JR. T.E., YOUNG J.E. et TELCH M.J. (1995). « The schema questionnaire : Investigation of psychometric properties and hierarchical structure of a mesure of maladaptive schemas » *Cognitive Therapy and Research*, 19 (3), 295-321.
- SERVANT D. (2001). *Attaques de panique et agoraphobie*, Paris, Masson.
- SERVANT D. (2002). *Soigner les phobies sociales*, Paris, Masson.
- SIMS V.K., CHIN M.G., ECKMAN M.L., ENCK B.M. et ABROMAITIS S.M. (2001). « Caregiver attributions are not just for children : Evidence for generalized low power schemas », *Journal of Applied Developmental Psychology*, 22 (5), 527-541.
- SPENCER H. (1900). *De l'éducation intellectuelle, morale et physique*, Paris, Félix Alcan Éditeur.
- STEIN K.F., ROESER R. et MARKUS H.R. (1998). « Self-schemas and possible selves as predictors and outcomes of risky behaviors in adolescents », *Nursing Research*, 47 (2), 96-106.
- STUBBS M. (2001). « On inference theories and code theories : Corpus evidence for semantic schemas », *The Hague*, 21 (3), 437-465.
- TAYLOR S. (1994). « The overprediction of fear : Is it a form of regression toward the mean ? », *Behaviour Research and Therapy*, 32 (7), 753-757.
- TAYLOR S. (1995). « Stimulus estimation and overprediction of fear : A comment on two studies », *Behaviour Research and Therapy*, 33 (6), 699-700.
- TENENBAUM H.R. et LEAPER C. (2002). « Are parents' gender schemas related to their children's gender-related cognitions ? A meta-analysis », *Developmental Psychology*, 38 (4), 615-630.
- THORNE A. (1995). « Developmental truths in memories of childhood and adolescence », *Journal of Personality*, 63 (2), 139-163.
- TIJUS C. (2001). *Introduction à la psychologie cognitive*, Paris, Nathan Université.

- TRAXLER M.J., FOSS D.J., SEELY R.E., KAUP B. et MORRIS R.K. (2000). *Journal of Psycholinguistic Research*, 29 (6), 581-595.
- VAUGHN C.M. et PFENNIGER D.T. (1994). « Kelly and the concept of developmental stages », *Journal of Constructivist Psychology*, 7, 177-190.
- WARD L.G., FREIDLANDER M.L. et SILVERMAN W.K. (1987). « Children's depressive symptoms, negative self-statements, and causal attributions for success and failure », *Cognitive Therapy and Research*, 11 (2), 215-227.
- WEISSMAN A. et BECK A.T. (1978). *Development and Validation of the Dysfunctional Attitude Scale*, Association for Advancement of Behavior Therapy, Chicago, 1978.
- WELBURN K., CORISTINE M., DAGG P., PONTEFRAC A. et JORDAN S. (2002). « The schema questionnaire : Short Form : Factor analysis and relationship between schemas and symptoms », *Cognitive Therapy and Research*, 26 (4), 519-530.
- WELLS A. et MATTHEWS G. (1994). *Attention and Emotion : A Clinical Perspective*, Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates.
- WILLIAMS J.M.G., WATTS F.N., MACLEOD C. et MATHEWS A. (1990). *Cognitive Psychology and Emotional Disorders*, New York, John Wiley and Sons.
- YONELINAS A.P. et JACOBY L.L. (1994). « Dissociations of processes in recognition memory : Effects of interference and of response speed », *Canadian Journal of Experimental Psychology*, 48 (4), 516-534.
- YOUNG J. et KLOSKO J. (1993). *Je réinvente ma vie*, Montréal, Éditions de l'Homme.
- YOUNG J. (1990 révisé 1994/1999). *Cognitive Therapy for Personality Disorders : A Schema-Focused Approach*, Sarasota, Professional Resource Exchange.
- YOUNG J. (1991). *Early Maladaptive Schemas*, manuscrit non publié.
- YOUNG J.E. et BROWN G. (1999). *SQ II Short-Form : Schema Questionnaire*, document non publié.
- YOUNG J.E. et FLANAGAN C. (1998). « Schema focused therapy for narcissistic patients », in E. RONNINGSTAM (éd.), *Disorders of Narcissism : Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications* (p.239-268), Washington DC, American Psychiatric Press.
- YOUNG J. E., BECK A.T. et WEINBERGER, A. (1993). « Depression », in D.H. BARLOW (éd.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (p. 240-277), New York, The Guilford Press.
- YOUNG J. E., KLOSKO S., WEISHAAR M. (2005), *La Thérapie des schémas*, Bruxelles, De Boeck.

---

# INDEX

## A

adaptation 36, 51, 60, 63, 67  
alcoolisation 116  
alternative 103, 111  
anxiété 29, 37, 61  
    de séparation 74, 76  
    généralisée 87  
arrêt de la pensée 95, 129

## B

bénéfice secondaire 31, 142

## C

constellation 34  
constructs personnels 13, 49  
*coping* 149  
croyance automatique 2

## D

décentration 7, 93, 129, 139  
découverte guidée 5  
dépression 105

## E

émotion 3, 6, 29, 33, 36, 68, 96, 109,  
116, 118, 121, 139

## F

facilitation 15  
flèche descendante 5

## G

groupe 129

## I

imagerie mentale 69  
intervention  
    expérientielle 68  
ISPE 59, 99

## M

mémoire 31  
méta-cognition 75, 95, 139  
mode 34, 52, 66

**P**

pensée dysfonctionnelle 2  
personnalité 14, 35, 42, 43, 50, 51, 153  
  pathologique 51  
  trouble de la 27  
*priming* 16, 33  
prise d'information 5  
prototype 22, 31

**Q**

questionnaire d'attitude 57  
questionnement socratique 3

**R**

*reparenting* 68  
représentation 23

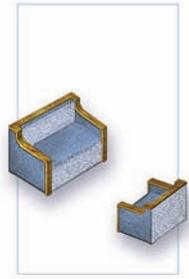
réseaux associatifs 31  
restructuration cognitive 2, 3, 47, 71,  
  74, 100, 132  
ruminantion 38

**S**

schéma 9, 18, 28, 150  
  adapté 40  
  émotionnel 30  
  inadapté 41, 63  
  salutogène 63, 95, 105, 153  
SQII 54, 90  
stéréotype 18

**T**

tâche assignée 86, 100  
tendance d'action 28



Stéphane Rusinek

## SOIGNER LES SCHÉMAS DE PENSÉE

### Une approche de la restructuration cognitive

Les **schémas de pensée** sont ces structures mémorielles, ces processus de traitement de l'information, ces filtres de notre perception du monde qui font que trois personnes différentes observant la même scène ne la verront pas de la même façon, n'en retireront pas les mêmes éléments, n'en feront pas le même rappel.

Parmi ces trois personnes, l'une va peut-être souffrir, parce que sa façon d'interpréter le monde la conduira à se méfier de tout le monde, à envisager constamment les pires catastrophes, à se voir bien moins performant qu'elle ne l'est. On dira alors que ces traitements sont guidés par des **schémas pathogènes**.

Il est alors question de **restructuration cognitive** qui a pour buts la mise en évidence des pensées dysfonctionnelles et l'acquisition de pensées alternatives qui se consolideront avec le temps.

L'auteur propose donc dans cet ouvrage la mise en place de **thérapies orientées schémas**, exercices de restructuration cognitive rapide et directe qui passent par l'identification des schémas pathogènes, la mise en évidence de leurs effets sur le traitement de l'information et l'élaboration d'alternatives de pensée dont l'application est envisageable.

Illustré de nombreux cas cliniques d'adultes et d'enfants ce livre constitue une introduction efficace pour tous les praticiens soucieux de disposer des bases théoriques et des techniques de restructuration cognitive.

STÉPHANE RUSINEK est professeur de psychologie des émotions à l'université de Lille 3. Il est secrétaire général de l'AFTCC (Association française de thérapie comportementale et cognitive).

