

Bernard PASCAL

La thérapie des schémas

Principes et outils pratiques

- Les théories et les principes
- La clinique
- Les outils d'évaluation
- Exercices et cas cliniques



Dans la même collection

- Soigner les addictions**, par les TCC, par P. Graziani et L. Romo, 2013, 272 pages.
- Applications en thérapie familiale systémique**, 2e éd., par K. Albernhé & T. Albernhé, 2013, 248 pages.
- Remédiation cognitive**, par N. Franck, 2013, 256 pages.
- Psychothérapie de soutien**, par L. Schmitt, 2012, 256 pages.
- Soigner par l'hypnose**, par G. Salem et É. Bonvin, 5e éd., 2012, 352 pages.
- Gestion du stress et de l'anxiété**, par D. Servant. 3e éd., 2012, 248 pages.
- Cas cliniques en thérapies comportementales et cognitives**, par J. Palazzolo, 3e éd., 2012, 288 pages.
- Sexualité, couple et TCC**, par F.-X. Poudat, 2011 : volume 1. Les difficultés sexuelles, 248 pages ; volume 2. Les difficultés conjugales, 224 pages.
- La thérapie d'acceptation et d'engagement. ACT**, par J.-L. Monestès et M. Villatte, 2011, 224 pages.
- Premiers pas en psychothérapie. Petit manuel du thérapeute**, par L. Schmitt. 2010, 200 pages.
- Intervention psychodynamique brève. Un modèle de consultation thérapeutique de l'adulte**, par J.-N. Despland, L. Michel, Y. de Roten, 2010, 232 pages.
- Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie**, par M. Bouvard et J. Cottraux, 5e éd., 2010, 368 pages.
- Soigner par la méditation. Thérapies de pleine conscience**, par C. Berghmans, 2010, 208 pages.
- Anorexie et boulimie : approche dialectique**, par J. Carraz, 2009, 252 pages.
- Les psychothérapies : approche plurielle**, par A. Deneux, F.-X. Poudat, T. Servillat, J.-L. Venisse, 2009, 464 pages.
- L'approche thérapeutique de la famille**, par G. Salem, 2009, 304 pages.
- Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité**, par M. Bouvard, 3e éd., 2009, 352 pages.
- La relaxation – Nouvelles approches, nouvelles pratiques**, par D. Servant, 2009, 188 pages.
- TCC chez l'enfant et l'adolescent**, par L. Vera, 2009, 352 pages.
- Mécanismes de défense : principes et échelles d'évaluation**, par J.-C. Perry, J.-D. Guelfi, J.-N. Despland et B. Hanin, 2e éd., 2009, 184 pages.
- Thérapies brèves : situations cliniques**, par Y. Doutrelugne et O. Cottencin, 2009, 224 pages.

Collection Pratiques en psychothérapie

Conseiller éditorial : Dominique Servant

La thérapie des schémas

Principes et outils pratiques

Bernard PASCAL

Psychiatre-psychothérapeute
cognitivo-comportementaliste

Ancien attaché de psychothérapie
au CHU de Grenoble

Chargé d'enseignement

Universités Lyon-1, Grenoble, Clermont-Ferrand
et Reims ; et AFTCC



ELSEVIER
MASSON



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photo-copillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, 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 la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2015, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

ISBN : 978-2-294-74009-1

e-ISBN : 978-2-294-74087-9

Elsevier Masson SAS, 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex
www.elsevier-masson.fr

Abréviations

ACE	<i>adverse childhood experiences</i>
AFTCC	Association française de thérapie comportementale et cognitive
APA	American Psychiatric Association
CIM	Classification internationale des maladies
DES	<i>Dissociative Experiences Scale</i> (échelle des expériences dissociatives)
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> (<i>Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux</i>)
EMDR	<i>Eye movement desensitization and reprocessing</i>
IRMf	imagerie par résonance magnétique fonctionnelle
ISST	International Society for Schema Therapy
ITDST	interview pour troubles dissociatifs et symptômes liés au trauma
OMS	Organisation mondiale de la santé
SBA	stimulations bilatérales alternées
SCID-D	<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders</i>
SDQ-20	<i>Somatoform Dissociation Questionnaire</i> , 20 items
SMI	<i>Schema Mode Inventory</i> (Questionnaire des Modes)
SUD	<i>subjective units of disturbance</i>
TAI	traitement adaptatif de l'information
TCI	<i>Temperament and Character Inventory</i>
TDI	trouble dissociatif de l'identité
VD	vocalisations de détresse
VOC	<i>validity of cognition</i>
YPI	<i>Young Parenting Inventory</i> (Questionnaire des attitudes parentales)
YSQ	<i>Young Schema Questionnaire</i>

Avant-propos

La thérapie des schémas est actuellement l'un des traitements les plus adaptés à la prise en charge des troubles de la personnalité. Elle est issue de la thérapie cognitive qu'elle a considérablement enrichie en lui intégrant des concepts et des techniques provenant d'autres champs de la psychothérapie. Fondée sur l'abord phénoménologique de la pathologie présentée par les patients, elle est très appréciée par ceux-ci qui se sentent reconnus et compris au travers de notions qui leur apparaissent évidentes parce qu'empiriques. Les techniques thérapeutiques utilisées, reposant essentiellement sur l'émotion, leur permettent de ressentir leurs difficultés en en découvrant les sources dans leur histoire de vie.

Ce livre, écrit à la demande de Dominique Servant, directeur de cette collection, se veut pédagogique. Après avoir traduit, en 2003, le livre de Young, Klosko et Weishaar *La thérapie de schémas*, j'ai été amené à enseigner régulièrement cette thérapie, soit dans un cadre universitaire, à Lyon, Clermont-Ferrand et Reims, soit dans des associations, notamment à l'AFTCC (Association française de thérapie comportementale et cognitive) à Paris, et aussi à donner diverses conférences sur le sujet. Cet ouvrage est ainsi le fruit de neuf années d'enseignement ; c'est la raison pour laquelle il contient de nombreuses vignettes cliniques et une abondante iconographie. Au fur et à mesure des années, les questions posées par les étudiants m'ont permis d'améliorer la présentation de concepts parfois complexes et leur feedback m'a conforté dans la recherche d'illustrations graphiques et d'exemples de cas.

Le livre présente une première partie théorique qui cherche à exposer des connaissances actualisées en matière d'attachement et de développement infantile, ainsi que des données neuroscientifiques applicables aux notions de Schéma ou de Mode. Puis il présente les différents aspects conceptuels de la Thérapie des Schémas, jusqu'à la notion la plus moderne, celle des Modes. Enfin, la seconde moitié du livre est consacrée à la clinique, depuis la conceptualisation de cas jusqu'aux différentes méthodes d'intervention. Pour ce qui est des techniques thérapeutiques, j'ai choisi de les présenter en abordant le traitement des principaux Modes, de façon successive : Enfant Vulnérable, Protecteur Détaché, Parent Critique/Punitif et Adulte Sain, et ce afin d'exposer une méthode qui soit aussi directement applicable que possible dans la pratique.

1 Historique et évolution des concepts

Historique, ou de Beck à Young

Après 4 ans d'études de psychologie à l'Université de Yale, où il suit l'enseignement d'Arnold Lazarus et d'Albert Ellis, Jeffrey Young décide de finir ses études à Philadelphie pour se former à la thérapie comportementale auprès de Joseph Wolpe, ainsi qu'à la thérapie cognitive avec Aaron T. Beck. En 1979, il obtient son doctorat et Beck l'invite à intégrer son équipe au Beck Institute, à Philadelphie. Il y devient rapidement Directeur de la recherche et de l'enseignement, accompagnant régulièrement Beck pour des conférences au travers des États-Unis.

En 1984, Young quitte le Beck Institute de Philadelphie pour New York où il ouvre un cabinet de thérapie cognitive, au cœur de Manhattan. À cette époque, les travaux du Dr Beck à Philadelphie portaient essentiellement sur le trouble dépressif majeur, et les patients, au Beck Institute, étaient sélectionnés dans ce sens. En s'installant seul à New York, Young se confronte à une psychopathologie « tout-venant », et il reçoit nombre de patients qui présentent des troubles psychopathologiques au long cours : « chaque New-Yorkais est porteur d'un trouble de personnalité », a-t-il l'habitude de dire en plaisantant. Avec un groupe d'une quinzaine de collègues, il fait le constat que la thérapie cognitive standard ne permet pas la prise en charge correcte de ces troubles, et il réfléchit aux modalités d'adaptation de la thérapie de Beck pour ce nouveau champ d'application.

Les années 1980 correspondent également, pour Young, à une recherche en développement personnel, et il fait la connaissance de la *Gestalt-thérapie* : cette rencontre sera décisive dans l'évolution de ses idées, lui révélant un point qui deviendra majeur dans la future thérapie des Schémas : les émotions sont un précieux fil conducteur pour l'exploration des souvenirs d'enfance du patient. Par ailleurs, leur prise en charge exige des méthodes spécifiques.

Dès 1985, le groupe de réflexion de Young propose de centrer la thérapie sur les Schémas, dont Beck avait déjà postulé l'existence, mais en se préoccupant de ceux qui se sont créés dans l'enfance du patient : les premiers *Schémas Précoces inadaptés* sont alors décrits. Ces Schémas Précoces constituent la base du traitement des troubles de la personnalité dans la thérapie nouvelle. Les études de cas cliniques conduisent à des modifications théoriques jusqu'en 1998. En 1986, le Centre de thérapie cognitive

de New York voit le jour. En 1990, paraît *Cognitive therapy for personality disorders : a schema-focused approach* [86], qui jette les bases de la thérapie des Schémas ; un deuxième livre, en 1993, *Je réinvente ma vie* [87], présente les Schémas Précoces au grand public. En 2003, Young publie son livre principal : *La thérapie des schémas* [88], qui détaille, à l'usage des professionnels, les principes et les méthodes qu'il recommande. En 2006 se tient à Stockholm la première rencontre de la société qu'il a créée : l'International Society for Schema Therapy (ISST).

Les différents éléments constitutifs de la thérapie des Schémas

Thérapie cognitive

La thérapie des Schémas a pour fondement la thérapie cognitive. Dans *La Thérapie cognitive et les troubles émotionnels* [5], paru en 1976, Aaron T. Beck explique l'importance du langage intérieur des patients, reprenant en cela la conception d'Edmund Husserl (1859–1938) et de Karl Jaspers (1883–1969), phénoménologistes qui ont appliqué leurs idées à l'exploration du mental. Initialement psychanalyste, Beck pratiquait la méthode de libre association. Mais il découvrit chez certains de ses patients l'existence d'un train de pensées que le sujet n'exprimait pas spontanément. Telle cette patiente ([5], p. 34-35) qui présentait en séance une expression anxieuse sans que ses propos puissent expliquer cette émotion. La question : « Quelles sont les pensées qui vous traversent l'esprit en ce moment précis ? » permit à Beck de découvrir toute une idéation « cachée » : « Je ne m'explique pas de façon claire... Il en a assez de moi... Il n'arrive probablement pas à suivre ce que je raconte... Ça doit lui paraître fou... Il va sûrement essayer de se débarrasser de moi ». C'est ainsi que furent mises en évidence les *pensées automatiques*, c'est-à-dire des pensées qui traversent l'esprit du patient lors des moments de forte émotion, à condition que le thérapeute lui conseille de se concentrer sur son ressenti émotionnel instantané, alors que la technique de la libre association ne les met pas en évidence. Observant que les thèmes exprimés dans le contenu manifeste des rêves des patients dépressifs étaient communs avec ceux de leurs pensées automatiques, Beck conçut la théorie des Schémas cognitifs, structures sémantiques inconscientes, dont les pensées automatiques sont l'expression consciente ou préconsciente (figure 1.1).

Construits au contact des expériences vécues, les Schémas sont des représentations inconscientes de soi, des autres et de l'environnement. Lors de certains stimuli déclencheurs (situation de l'environnement, pensée, image mentale), un Schéma peut s'activer, c'est-à-dire parvenir partiellement à la conscience, sous la forme de pensées automatiques. Pour le thérapeute, les pensées automatiques représentent donc une façon d'appréhender l'inconscient : une « sonde cognitive ».

Les pensées automatiques sont conscientes ou préconscientes :

Elles sont en lien avec des représentations mentales inconscientes concernant le sujet et son environnement :

les schémas cognitifs

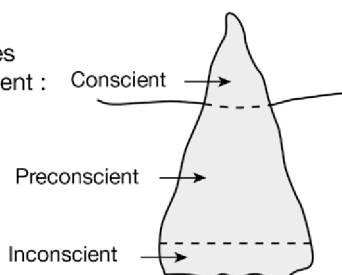


Figure 1.1. Pensées automatiques et schémas.

Un autre aspect important de la thérapie cognitive est le rôle de la *chronologie dans les cognitions* : les pensées automatiques sont contemporaines des émotions et expriment le ressenti du sujet (« je suis en colère parce qu'on ne me respecte pas ») ; ensuite viennent des pensées qui orientent le comportement (« j'ai envie de crier et de partir ») ; puis des pensées qui surviennent après le comportement (« je suis agressif »). Ce dernier type de pensées, fruit des conséquences des comportements, évaluations du sujet sur lui-même, ont un effet important – positif ou négatif – sur la confiance en soi et sur l'estime de soi.

« Une des choses que j'ai retenues de Beck [dit J. Young], c'est qu'il faut s'en tenir aux données fournies par le patient, en se contentant de ses propres mots, et que c'est à partir de son discours qu'il faut conceptualiser, non à partir d'une théorie. Toutes les hypothèses doivent être tirées des propos du patient, ceci est extrêmement important. Bien sûr, il existe des différences entre les conceptions de cet auteur et la mienne : en thérapie des Schémas, nous posons des questions qui amènent le patient à décrire son enfance, ce qui n'est pas important en thérapie cognitivo-comportementale, mais c'est la façon dont il en parle et les mots qu'il utilise qui vont nous servir à formuler la conceptualisation : il faut construire un modèle qui soit tiré des données du patient et travailler avec lui à partir de là. Il faut régulièrement demander son avis au patient, pour corriger le modèle en fonction de ses réponses. Construire une conceptualisation est un processus de constante interaction. On ne peut pas avoir une idée a priori sur un élément de vie du patient : ce qui est vrai pour un individu ne l'est pas nécessairement pour un autre. Lorsque je discute avec des thérapeutes pratiquant d'autres thérapies, non cognitivo-comportementales, je constate au contraire qu'ils cherchent à appliquer un modèle théorique ; par exemple, au cours d'une séance d'enseignement où je présentais un cas que j'avais traité, quelqu'un m'a dit : "le viol est un acte de prise de contrôle". J'ai répondu que cela *peut*

être vrai parfois, mais que cela ne signifie pas pour autant que tout viol corresponde à un besoin de contrôle. Si je tiens compte de toutes les données obtenues en travaillant avec ce patient (par l'imagerie, en lui demandant ce qu'il avait ressenti alors qu'il accomplissait ce viol, par l'ensemble de son histoire infantile), rien n'indiquait que le contrôle fût un problème dans ce viol. Je pense qu'il vaut mieux accorder sa confiance à ce que dit le patient plutôt que de croire dans une théorie du contrôle dans le viol qui, dans ce cas précis, n'est pas applicable. Ceci est une idée très importante : sur ce plan-là, Beck a eu une très grande influence. » (Entretien personnel avec Jeffrey Young, 2006)

Thérapie comportementale

Les travaux de Burrhus F. Skinner (1904–1990) ont abouti à une théorie de l'apprentissage par essai et erreur, dans laquelle le sujet apprend en fonction des conséquences de ses comportements. Cette façon d'apprendre par l'expérience, au cours de laquelle les personnes sélectionnent les comportements en fonction de leur résultat, a été nommée *conditionnement opérant* ; la conséquence du comportement est appelée *renforceur* (ou motivateur). Le sujet aura tendance à reproduire le comportement à conséquence positive, à éviter de répliquer celui dont la conséquence est négative, et à ignorer les gestes qui ne servent à rien (absence de renforcement).

De ces travaux est née la thérapie comportementale, dont Beck a écrit [5] qu'elle est un « sous-ensemble » de la thérapie cognitive : la notion de renforcement demeure en effet essentielle dans toute conceptualisation cognitivo-comportementale, et nous verrons comment la thérapie des Schémas envisage la notion de renforcement dans le cadre des troubles de la personnalité. Les pensées qui font suite au comportement ont un impact – positif ou négatif – sur l'évaluation que le sujet fait sur soi-même, donc sur le sentiment de compétence (confiance en soi) ou de valeur personnelle (estime de soi).

Trois modèles successifs se complètent en se recouvrant

Si la thérapie comportementale est un sous-ensemble de la thérapie cognitive, on peut dire que la thérapie cognitive, à son tour, est incluse dans la thérapie des Schémas : avec les ajouts de Young, notamment en prenant en compte le développement psychoaffectif de l'enfant et les expériences précoces de vie, la thérapie des Schémas inscrit la thérapie cognitive dans le champ de la personnalité et permet d'en élargir les indications cliniques aux troubles de la personnalité (figure 1.2).

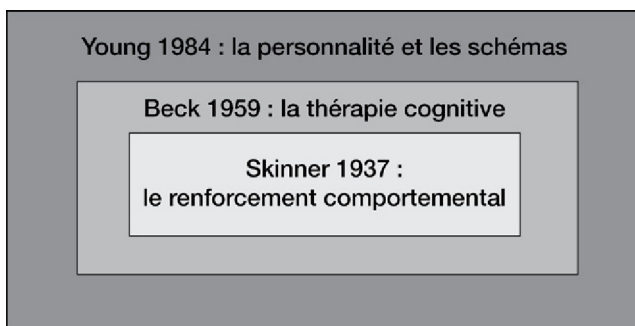


Figure 1.2. Les thérapies cognitivo-comportementales : trois modèles successifs qui se complètent en se recouvrant.

Les ajouts de Young à la thérapie cognitive

Sous l'influence de Jeffrey Young, la thérapie cognitive de Beck a été enrichie par des apports provenant de diverses origines.

La notion de Schémas Précoces

Par rapport au modèle du Schéma cognitif de Beck, Young a apporté des modifications conceptuelles. Selon Beck, les Schémas se construisent tout au long de l'expérience vécue du sujet : il existe des Schémas construits au début de la vie, et d'autres qui apparaîtront plus tardivement dans l'existence : après un traumatisme, il peut apparaître un Schéma de vulnérabilité ; après un échec scolaire ou professionnel, un Schéma d'échec ou d'incompétence, etc. Pour ce qui est des troubles de la personnalité, on s'intéresse aux Schémas apparus le plus précocement dans la vie du sujet.

À côté des Schémas Précoces, la thérapie de Young considère l'existence de Stratégies Précoces. Nous serons amenés à voir plus loin que, pour chercher à s'adapter à son milieu et aux expériences vécues, l'enfant met en place des Stratégies, qui sont des mécanismes inconscients à visée adaptative.

Les Schémas Précoces et les Stratégies Précoces sont deux éléments fondamentaux dans la construction de la personnalité, et donc dans la conceptualisation des troubles de la personnalité, comme nous le verrons. Ces deux concepts servent également à analyser la relation thérapeutique, au cours de laquelle des Schémas et des Stratégies s'activent chez le patient. Au contact de son thérapeute, celui-ci peut parfois avoir un ressenti identique à ce qu'il a pu éprouver par le passé avec un personnage important de son enfance pour lequel il ressentait de l'attachement. Cela l'amène alors à se comporter avec ce thérapeute de la même manière qu'autrefois avec cette personne. Le thérapeute, quant à lui, possède ses propres Schémas et Stratégies : il risque, s'il n'est pas averti et entraîné, de les mettre en œuvre de façon contre-productive avec son patient.

Nouvelle conception de la nature spécifique du Schéma Précoce

Selon la théorie que Beck expose dans son livre de 1976 [5], et qu'il confirme dans un livre récent [14], le Schéma est une structure sémantique, stockée dans la mémoire verbale à long terme (sémantique et autobiographique) et la cognition est l'élément le plus important dans les troubles psychologiques, déclenchant l'émotion.

Comme nous le verrons au chapitre suivant, cette conception n'est pas suffisante pour l'abord de la personnalité et de ses troubles. Young et ses collègues ont été amenés à forger une définition nouvelle, pour le Schéma Précoce, tenant compte des processus de la mémoire émotionnelle. Cette nouvelle vision du Schéma commande des méthodes nouvelles d'investigation, notamment la technique d'imagerie, laquelle utilise l'émotion vécue actuellement pour explorer le passé du sujet, à la recherche des situations vécues de l'enfance qui sont à l'origine des Schémas Précoces. Cet apport, provenant de la Gestalt, constitue un outil de conceptualisation, et aussi de modification des Schémas (imagerie de reparentage, dialogues en imagerie).

Prise en compte du développement psychoaffectif de l'enfant

Les travaux de John Bowlby (1907–1990) sur les enfants de l'après-guerre ont abouti à une théorie de l'attachement qui est actuellement abondamment validée [5, 13, 37, 71], et qui se trouve incluse dans la Thérapie des Schémas : les Schémas expriment la non-satisfaction de *besoins affectifs fondamentaux*, dont le besoin d'attachement est le principal. Ce besoin est d'ailleurs généralement répandu chez les vertébrés supérieurs, comme l'a brillamment démontré Jaak Panksepp [66].

Théorie de la dissociation

Pierre Janet (1859–1947), après avoir enseigné la philosophie, devient médecin et rejoint Jean-Martin Charcot à l'hôpital de la Salpêtrière, à Paris. Ses travaux sur le *fonctionnement mental des hystériques* [41, 44], titre de son deuxième livre, l'amènent à développer une théorie du fonctionnement automatique du psychisme qui, à la suite de traumatismes psychiques subis dans le passé, peut manifester des troubles pour lesquels Janet crée le terme de *dissociation* de la personnalité. Après un long oubli, la dissociation de Pierre Janet est redécouverte aux États-Unis et les troubles dissociatifs sont reconnus dans les classifications internationales.

La thérapie des Schémas intègre la notion de dissociation, initialement pour rendre compte de la clinique du trouble de personnalité borderline. Les différents états émotionnels que manifestent les patients porteurs de ce trouble sont compris comme les séquelles des expériences nocives vécues dans l'enfance : les troubles de l'attachement ont généré une structure dissociative de la personnalité qui se manifeste dans les brusques changements émotionnels de ces patients. Le concept de Mode de Schémas

(ou Mode, tout court) à été créé pour rendre compte de cet aspect dissociatif présent dans certains troubles de la personnalité.

Certaines des notions psychanalytiques

On retrouve, en thérapie des Schémas, un certain nombre de notions communes avec la psychanalyse ; ainsi les mécanismes de défense et les formations réactionnelles, qui sont ici les Stratégies Précoces ; également le concept de transfert et de contre-transfert entre le patient et son thérapeute. En Thérapie des Schémas, les mécanismes transférentiels sont analysés en termes de Schémas Précoces et de Stratégies Précoces, aussi bien chez le patient dans le cas du transfert, que chez le thérapeute dans le cas du contre-transfert. Enfin, le Mode Parent Exigeant/Critique ou Punitif est, finalement, une correspondance avec le *surmoi* de Freud. Beck lui-même, ancien psychanalyste, reconnaissait dans les idées exigeantes et critiques qui nous traversent l'esprit l'équivalent du surmoi freudien ([5], p. 202). Il n'en reste pas moins que des différences essentielles existent. En psychanalyse, on admet un conflit psychique entre les pulsions et les interdits. En Thérapie des Schémas, le conflit est identifié entre les *besoins affectifs fondamentaux* de l'enfant et les contraintes de son environnement d'enfance et d'adolescence. De même, la notion de complexe d'Edipe n'a pas de place dans l'approche cognitive. Enfin, les techniques utilisées en entretien sont totalement différentes : on n'utilise pas la libre association et le thérapeute n'adopte pas l'attitude de « neutralité bienveillante » ; au contraire, il se montre très empathique et peut utiliser la révélation de soi si le besoin s'en fait sentir.

La thérapie des Schémas, méthode intégrative

Le propre de la thérapie cognitive, et spécialement de la thérapie des Schémas, est son aspect intégratif. Après avoir intégré à la thérapie cognitive la théorie de l'attachement, la théorie de la dissociation de la personnalité, des techniques issues de la Gestalt, des éléments psychanalytiques, la thérapie des Schémas accueille volontiers la thérapie systémique familiale [23], la méditation de pleine conscience et l'EMDR (*Eye movement desensitization and reprocessing*). Bien entendu, la liste n'est pas close et elle reste évolutive : la psychothérapie sensorimotrice doit pouvoir apporter sa contribution lors du reparentage [65].

Ne perdons pas de vue, tout au long de ce chapitre, que l'intention de ce livre est d'aborder la prise en charge des troubles de la personnalité. C'est le but de la thérapie des Schémas et ce modèle théorique a été construit dans cette optique. Toute personne peut penser que son enfance ne s'est pas déroulée comme elle l'aurait souhaité, mais ce n'est que s'il existe une souffrance ressentie actuelle que l'on parlera de pathologie de la personnalité.

Schémas Précoces inadaptés

Concepts sur les Schémas Précoces

Comme il a été vu précédemment, Young a été amené à revoir la définition du Schéma, en tout cas pour ce qui est des Schémas Précoces, c'est-à-dire ceux d'entre eux qui prennent naissance au cours de l'enfance ou de l'adolescence du sujet.

Définition du Schéma Précoce Inadapté

Selon Young [88], un Schéma Précoce Inadapté :

- est un modèle ou un thème important ou envahissant ;
- est constitué de souvenirs, de cognitions, de sensations corporelles et d'émotions ;
- concerne soi-même et ses relations avec les autres ;
- est constitué au cours de l'enfance ou de l'adolescence ;
- est enrichi tout au long de la vie ;
- et il est dysfonctionnel de façon significative.

Cette définition appelle un certain nombre de commentaires.

Le *thème* ou *modèle* représente une préoccupation récurrente identifiable dans les pensées automatiques du sujet : l'abandon, la carence affective, l'imperfection, le sentiment d'être différent des autres, la vulnérabilité, l'incompétence, la punition, etc.

Les Schémas Précoces, comme tous les Schémas, sont des *représentations inconscientes du sujet concernant lui-même et/ou les autres*, acquises au cours de son expérience de vie. Au travers des relations avec les personnages qui ont été présents autour de lui dans son enfance, l'individu va se forger des représentations sur sa valeur personnelle, sur la confiance qu'il a en lui-même, sur ses capacités d'autonomie, de régulation émotionnelle, sur le degré de confiance/méfiance qu'il peut avoir envers les autres, etc. Ces

représentations peuvent, naturellement, être tout à fait positives : le sujet construira alors des Schémas Précoces positifs, non dysfonctionnels, qui lui permettront d'avancer dans la vie avec confiance. Dans ce cas, il ne développera probablement pas de trouble de la personnalité. Si les expériences de l'enfance sont suffisamment nocives, alors il apparaîtra plus vraisemblablement une pathologie.

Sur le caractère *précoce* : des Schémas peuvent se constituer tout au long de la vie du sujet : un accident grave, une maladie brutalement apparue, un échec scolaire ou professionnel peuvent constituer des faits marquants au plan psychologique et générer des Schémas de vulnérabilité, d'échec, notamment ; encore que, dans ces cas, l'apparition tardive d'un tel Schéma est souvent liée à d'autres Schémas, préexistants. À titre d'exemple, Morgane, 44 ans, a présenté à 35 ans une grossesse extra-utérine qui a généré beaucoup d'anxiété et un Schéma de vulnérabilité, avec des cognitions du genre : « à tout moment, une maladie grave peut survenir sans crier gare ». Mais cette anxiété est apparue parce que cette personne présentait depuis son enfance une Stratégie d'abnégation : pour des raisons liées à son vécu familial, elle avait pris l'habitude de « ne pas s'écouter », et de satisfaire surtout les besoins des autres. Si bien qu'elle a négligé un saignement vaginal durant une semaine et que, lorsqu'elle s'est enfin décidée à consulter, elle a été opérée d'urgence, dans un contexte d'affolement. Cette situation a généré le Schéma de vulnérabilité. Dans le cadre de ce livre, on ne s'intéressera qu'aux Schémas Précoces, ceux liés à l'enfance et à l'adolescence, et qui contribueront à la constitution de la personnalité du sujet.

Si les Schémas Précoces perdurent avec l'avancée du sujet en âge, c'est que *certaines facteurs les maintiennent* et les enrichissent tout au long de sa vie. En thérapie des Schémas, on s'intéresse ainsi non seulement à tous les éléments de l'enfance qui ont permis la mise en place des Schémas Précoces inadaptés, mais aussi à tous les mécanismes qui interviennent ultérieurement pour les faire persister au long cours : ici prennent leur importance les mécanismes de renforcement, déjà évoqués au premier chapitre, et sur lesquels nous aurons à revenir longuement.

Cette définition rappelle que nous nous intéressons à la pathologie : le Schéma ne nous intéresse que dans la mesure où il est *suffisamment dysfonctionnel pour entraîner une souffrance*, soit chez le sujet, soit chez les personnes avec lesquelles il entre en relation (dans le trouble de personnalité narcissique, le sujet lui-même ne ressent pas toujours de la souffrance, mais il la fait endurer à son entourage).

Enfin, insistons sur la nature du Schéma Précoce, ainsi que sur la différence de conception entre Beck et Young à propos de la notion de Schéma. Pour Beck, il s'agit d'une *croyance profonde*. Pour Young, « la croyance profonde n'est qu'un élément du Schéma : un Schéma est un ressenti émotionnel qui met en jeu la globalité de l'individu... Beaucoup de thérapeutes cognitivistes

utilisent le terme de *croyances centrales* en disant qu'il recouvre la notion de Schéma. En réalité, il ne s'agit pas de la même chose : en thérapie cognitivo-comportementale (classique), il n'existe pas de modèle du développement de l'enfant. Si bien que lorsqu'un thérapeute cognitivo-comportementaliste parle d'une croyance telle que "on ne peut pas m'aimer", il s'agit bien d'une croyance centrale, mais si l'on tient compte de ce que ressent un patient qui a un Schéma d'Imperfection, une telle croyance ne représente qu'un des éléments du Schéma ; elle ne prend pas en compte les sentiments profonds du patient et le souvenir répété de ne pas avoir été aimé : c'est tout son développement qui a été atteint. Un Schéma n'est pas seulement une croyance dont il peut parler avec quelqu'un d'autre au niveau du raisonnement logique, c'est une partie profonde, infantile, de son identité, une partie de sa conscience de soi. En thérapie cognitive classique, il n'y a pas cette notion d'un sens de l'identité qui serait, en profondeur, inscrit au niveau émotionnel. Je pense qu'il existe un noyau dans la personnalité, situé à un niveau émotionnel profond, qui est primitivement non verbal, une partie de nous-mêmes qui contient toutes les émotions, et les souvenirs qui leur sont liés. Dans ces conditions, se contenter de parler de croyance centrale n'exprime pas ce qui se passe réellement au fond de la personnalité. La compréhension de ce centre de la personnalité est la différence numéro un entre la thérapie des Schémas et la thérapie cognitive classique. » (Entretien personnel avec J. Young, 2006 paru dans *Les nouveaux psys*, dir. Catherine Meyer, éditions Les Arènes, Paris, 2008, p. 686-687.)

Exemple

Pour illustrer la notion de Schéma telle qu'on la conçoit en thérapie des Schémas, prenons l'exemple de Julie, 21 ans, porteuse d'un trouble de personnalité borderline. Dans ses antécédents, on note une mère alcoolique, un père absent, un beau-père également alcoolique, autoritaire, violent verbalement et physiquement. Elle a été placée en internat depuis la classe de cinquième, puis en famille d'accueil en classe de quatrième, et enfin en foyer d'accueil de la Protection judiciaire à 17 ans. Elle a connu trois tentatives de suicide à 19 ans, à la suite de disputes et de ruptures. Il y a un an, Julie a quitté le foyer pour vivre avec Laurent. Elle a de fréquentes disputes avec ce dernier depuis quelques mois. Elle est au chômage, dépressive, boulimique.

Jeudi soir, elle attend Laurent, qui doit rentrer de son travail à 18 heures. Julie est heureuse à l'idée de le retrouver ; elle prépare le repas, puis lit une revue et regarde la télévision. À 18 heures 15, Laurent n'est pas rentré. Julie se sent brutalement très angoissée : elle a des palpitations, elle tremble et ressent une boule à la gorge. Elle se dit que Laurent est avec une autre fille en ce moment, et qu'il va sûrement l'abandonner. À 18 heures 30, lorsque Laurent rentre enfin, Julie ne se contrôle plus : elle crie, elle fait une scène terrible à Laurent et casse des objets auxquels il tient.

Que s'est-il passé entre 18 heures et 18 heures 15 dans la tête de Julie ? Pourquoi le calme a-t-il fait place à la tempête ? À 18 heures 15, le retard de Laurent a activé le Schéma d'Abandon de Julie. À cet instant, sa conscience a été envahie par une émotion (l'anxiété) et des pensées automatiques (« il est avec une autre fille », « il va m'abandonner ») qui représentent l'*activation de son Schéma d'Abandon...* lequel n'est que l'un des Schémas Précoces de Julie : comme tous les sujets ayant un trouble de personnalité borderline, elle présente de multiples Schémas.

Biologie des Schémas

La notion de Schéma Précoce est totalement compatible avec les données actuelles des neurosciences. Il est permis de considérer le Schéma comme un engramme, soit une trace cérébrale, tout comme dans le cadre de la mémoire déclarative à long terme. Le Schéma est encodé dans les synapses d'un réseau de neurones qui, au travers de ses connexions, établit des associations entre les différents constituants du Schéma : des souvenirs sensoriels d'événements vécus anciens (avec toutes leurs modalités : visuelle, auditive, olfactive, tactile, gustative), des sensations corporelles, des émotions, des cognitions (figure 2.1).

Ce Schéma est stocké à un niveau inconscient, dans les structures qui interviennent dans la mémoire à long terme épisodique et dans la mémoire implicite. Si bien que l'amygdale et le système limbique (mémoire



Figure 2.1. Le schéma est encodé en un réseau de connexions neuronales. Ce réseau encode des associations entre des souvenirs d'événements anciens, des sensations corporelles, des émotions, des cognitions (Young).

Source : lucastor@fotolia.com

émotionnelle), le cortex sensoriel associatif (mémoire implicite perceptive), la mémoire procédurale (noyaux gris centraux, cortex moteur, cervelet) sont concernés [82]. Le Schéma peut être inactif ou dormant, c'est-à-dire non ressenti, inconscient. Certains événements dits activateurs, qui se comportent comme des stimuli conditionnels, vont *activer* le Schéma : le sujet va alors faire l'expérience partiellement consciente du Schéma, en ce sens que certains de ses éléments vont envahir la conscience de l'instant présent (figures 2.2, 2.3 et 2.4).

C'est le cas dans l'exemple cité au paragraphe précédent : Julie attend Laurent et se sent bien (ses Schémas sont inactifs). Le retard de son ami (15 min) est un stimulus conditionnel (car associé, inconsciemment, à un événement ancien qui a la même signification) qui active le Schéma d'Abandon. Julie ressent alors consciemment des émotions (anxiété, puis colère) et des pensées automatiques (« il est avec une autre fille », « il va m'abandonner ») qui font partie de son Schéma d'Abandon.

Lors d'un épisode traumatique, il existe un double traitement de l'information liée à l'événement. L'hippocampe et le néocortex stockent des éléments cognitifs (lieu, date, circonstances générales de l'événement) ; ces différentes données seront intégrées dans la mémoire autobiographique du sujet et encodées en un réseau accessible au rappel épisodique, volontaire. Les souvenirs émotionnels du trauma, quant à eux, subissent un devenir différent : l'émotion empêche le traitement conscient de ces données, lesquelles emprunteront une voie différente : l'amygdale et le système limbique constitueront un réseau indépendant, dans la mémoire émotionnelle, implicite, et donc distinct de la mémoire déclarative, dont le rappel conscient sera involontaire, provoqué par des stimuli conditionnels tels que le retard de Laurent dans l'exemple sus-cité [45, 46, 82].

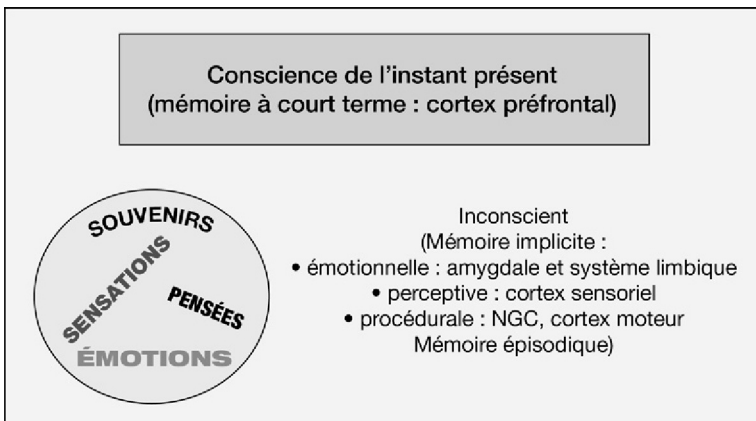


Figure 2.2. Apport des neurosciences – un Schéma à l'état inactif.

NGC : noyaux gris centraux.



Figure 2.3. L'événement activateur « tire sur les mailles » du réseau.

Source : Sasint@fotolia.com

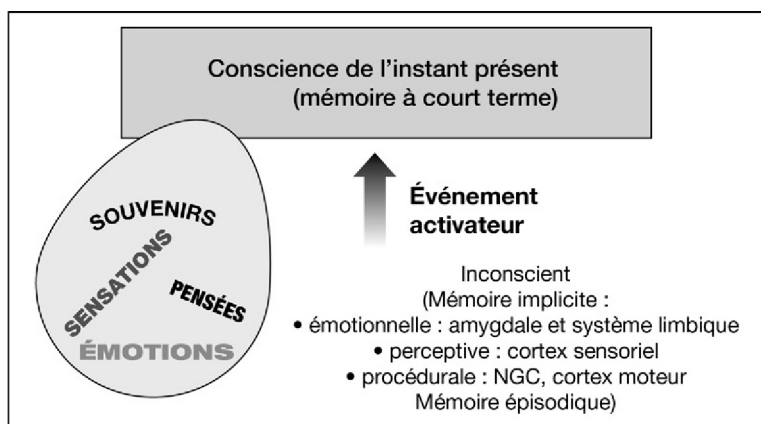


Figure 2.4. Apport des neurosciences – activation du Schéma.

NGC : noyaux gris centraux.

Par ailleurs, le circuit amygdalien réagit beaucoup plus vite à un stimulus environnemental que le cortex (figure 2.5).

Comme l'a montré l'équipe de Joseph LeDoux [45, 46], un stimulus visuel ou auditif effrayant parvient à l'amygdale beaucoup plus rapidement qu'au cortex sensoriel : cette « voie basse », thalamo-amygdalienne, atteint l'amygdale en 10 à 20 millisecondes (ms) environ chez le rat, alors que le cortex sensoriel n'est atteint que bien plus tard. Et encore, la perception consciente ne sera obtenue que plus tard encore : chez l'homme, un stimulus visuel doit durer de 40 à 80 ms pour provoquer une réaction du cortex visuel primaire en

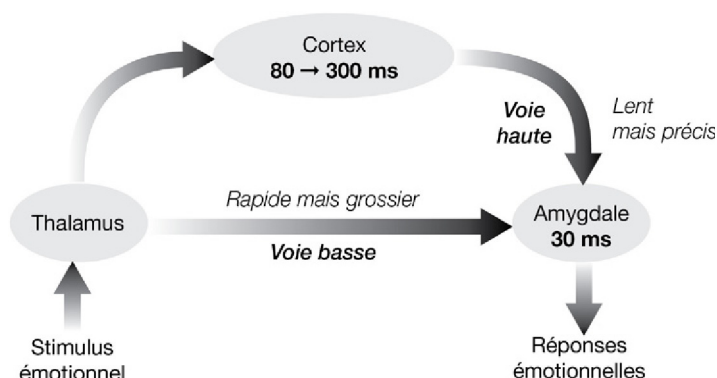


Figure 2.5. La biologie des Schémas.

(D'après : LeDoux J, *Neurobiologie de la personnalité*, Paris, Odile Jacob, 2003.)

imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf), mais le sujet n'aura subjectivement conscience du stimulus en question que si celui-ci dure 150 à 200 voire 300 ms, après qu'un large réseau cortical aura été activé [26]. Donc, un stimulus émotionnellement significatif ne deviendra *conscient* que bien plus tard, alors que le circuit de la mémoire émotionnelle aura déjà été atteint. Et l'amygdale aura réagi très tôt, en déclenchant la réponse émotionnelle, avant toute prise de conscience de la nature du stimulus. Toujours dans le cas de Julie, celle-ci ressent une forte émotion quand elle réalise que Laurent est en retard ; cette émotion entraîne avec elle tout le réseau émotionnel de son Schéma d'Abandon, sans qu'une prise de conscience sur les raisons de ce retard – chose qui engendrerait une mentalisation consciente – puisse se mettre en place.

Par ailleurs, la « voie basse », thalamo-amygdalienne, si elle est plus rapide que la voie qui mène l'information au cortex, est aussi plus rudimentaire, ne fournissant qu'une « représentation grossière » ([45], p. 157) du stimulus externe, car elle court-circuite le cortex et sa finesse de discrimination. Si bien que lorsqu'un souvenir, de peur par exemple, est stocké dans l'amygdale, l'exposition ultérieure à un stimulus légèrement similaire provoquera la réaction émotionnelle mémorisée dans le souvenir. C'est ainsi que Julie, devant le retard de Laurent, ressent un manque de respect (il aurait pu lui téléphoner pour la prévenir de son retard...) et réagit comme lorsque, par le passé, les personnages importants de sa vie (mère, beau-père) la maltrai-taient. De la même manière, les arachnophobes réagissent émotionnellement à la vue d'un motif dessiné à 8 branches, qui ne rappelle que de très loin une araignée, pour un sujet non phobique en tout cas.

Les souvenirs émotionnels peuvent se constituer sans aucun enregistrement conscient des stimuli : chez l'enfant de moins de 2 à 3 ans, pour qui la mémoire et le rappel épisodiques ne sont pas encore en place, il peut

néanmoins se constituer des Schémas dits préverbaux, tels que l'Abandon. Des émotions pourront ainsi se manifester ultérieurement sans aucun souvenir cognitif d'abandon.

Enfin, l'amygdale a un fonctionnement automatique : si elle croit qu'il y a danger, elle déclenche automatiquement une réponse neurovégétative et active le système sympathique, sans aucune discrimination. Dans le système hippocampo-cortical, en revanche, les réponses peuvent être réfléchies, donc souples et adaptées. Lorsqu'on a les cognitions, on a le choix.

Si bien que le rôle du thérapeute sera capable :

- d'aider à faire le lien entre les émotions actuelles et les souvenirs d'enfance qui ont généré les Schémas (rôle de la technique d'imagerie) ;
- de faire verbaliser le sujet sur l'expérience émotionnelle du Schéma ; cette mentalisation aidera à intégrer les éléments du Schéma dans la mémoire déclarative ;
- d'aider à intensifier le contrôle des Schémas par la conscience ;
- de permettre d'affaiblir les émotions et les cognitions du Schéma, ainsi que les comportements qui lui sont liés.

Validation empirique des Schémas de Young

Les Schémas Précoces mis en évidence à partir de 1985 par Young et ses collaborateurs, en cherchant les thèmes présents dans les pensées automatiques retrouvées chez les sujets porteurs de troubles de la personnalité, ont permis d'établir le *Young Schema Questionnaire* (YSQ ; voir annexe 1). Ce questionnaire auto-administré a permis, sur des populations cliniques et non cliniques, d'obtenir une masse de données importantes qui ont fait l'objet d'études statistiques. L'analyse factorielle des résultats à ce questionnaire a notamment été réalisée par N.B. Schmidt et al. en 1995 [77] et par C.W. Lee et al. en 1999 [47]. Ces deux études confirment 15 Schémas en utilisant la version 2 du questionnaire qui comportait 16 Schémas. L'un des Schémas, « Indésirabilité Sociale », n'a pas été confirmé dans ces études, si bien qu'il a été retiré depuis. Par la suite, de nombreuses autres analyses factorielles ont été réalisées, en utilisant les versions traduites dans de nombreux pays (Australie, Corée, Espagne, France, Pays-Bas et Turquie). Les études initiales ne portaient que sur des analyses exploratoires ; deux études récentes [40, 75] ont utilisé l'analyse confirmatoire et retrouvent ces résultats. Ces derniers travaux, qui retrouvent les Schémas de Young dans des cultures très distinctes les unes des autres à la surface de notre planète, en révèlent le caractère universel. Des études restent à faire sur la version 3, actuelle, du questionnaire YSQ, dans laquelle trois Schémas nouveaux ont été ajoutés : Recherche d'Approbation/Recherche de Reconnaissance, Négativité/Pessimisme et Puniton.

Origine des Schémas

Besoins affectifs fondamentaux

Les analyses factorielles, notamment celles de Schmidt et de Lee dont on a parlé ci-dessus, ont permis d'étudier la structure hiérarchique du Questionnaire des Schémas de Young. Celle-ci s'avère être constituée de quatre dimensions :

- déconnexion ;
- surconnexion/manque d'autonomie ;
- normes excessives/excès de contrôle ;
- manque d'autocontrôle/manque de limites.

Si l'on examine ces quatre tendances, on s'aperçoit qu'elles fonctionnent par paires. Les deux premières dimensions (déconnexion et surconnexion) correspondent aux deux extrêmes de la pathologie de l'attachement : carence d'attachement et excès d'attachement. Les deux autres (normes excessives/excès de contrôle et manque d'autocontrôle/manque de limites) sont deux formes extrêmes d'une même dimension : le contrôle de soi.

Ces études amènent à considérer deux grandes dimensions primordiales : l'attachement et le contrôle de soi. Ces tendances, dans leurs formes extrêmes, sont cause de pathologie de la personnalité. Si l'on considère, comme précisé au paragraphe précédent, le caractère universel des Schémas Précoces de Young, on est amené à l'idée que ces tendances représentent des besoins universels. Les analyses factorielles sur les Schémas Précoces de Young mettent donc en évidence deux besoins importants pour l'enfant :

- l'attachement (nécessaire à la survie du petit enfant) ;
- l'autonomie/contrôle de soi (qui sera nécessaire à la survie, dans son environnement, du sujet devenu adulte).

Au travers de ces deux besoins d'attachement et d'autonomie, notre inconscient collectif exprime, en définitive, le besoin de survivre.

R.M. Ryan et E.L. Deci [76] ont étudié la *motivation intrinsèque*, c'est-à-dire ce qui pousse les êtres humains à agir naturellement dans leur propre intérêt. Ils ont ainsi postulé une *théorie de l'autodétermination* dans laquelle ils définissent des *besoins psychologiques innés*, qui sont au nombre de trois : l'appartenance, l'autonomie et la compétence. Ces auteurs ont montré que ces besoins étaient universels et liés à l'évolution des espèces. On retrouve ici les tendances mises en évidence dans les analyses factorielles des Schémas, le besoin d'appartenance étant équivalent à celui d'attachement, l'autonomie et la compétence correspondant à l'autonomie/contrôle de soi. Ainsi a pris naissance le concept de *besoins affectifs fondamentaux*, directement issu de la théorie des Schémas. La thérapie des Schémas insiste beaucoup sur le besoin d'attachement : pour Jeffrey Young, l'attachement est celui des besoins qui permet la satisfaction de tous les autres.

Le système de l'attachement

John Bowlby (1907–1990) [10] a travaillé de 1946 à 1972 à la Tavistock Clinic de Londres et a été chargé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) d'étudier les besoins des enfants orphelins. De ses observations, il acquit la conviction que les ruptures relationnelles importantes entre la mère et l'enfant étaient précurseurs de troubles psychologiques ultérieurs. Il observa aussi que les enfants exprimaient une détresse intense lorsqu'ils étaient séparés de leur mère, même si d'autres personnes s'occupaient d'eux [9]. Il mit en évidence un attachement primordial entre la mère et son enfant, à une époque où Freud déclarait au contraire que ce lien était secondaire à un plaisir provoqué par la satisfaction de la faim, associée par l'enfant à la présence de sa mère. K. Lorenz [52] avait montré que les petits des oies pouvaient s'attacher à des « parents » – voire à des objets – même si ces derniers ne s'occupaient pas de les nourrir. D'autres études chez les enfants humains établirent que les bébés étaient capables de s'attacher à des gens qui ne les nourrissaient pas [1]. Si bien que l'on parle, de façon large, de *personnages d'attachement*, lesquels peuvent être les parents, mais aussi d'autres personnes : grands-parents, autres membres de la famille, voire personnes en dehors de la famille : voisin, enseignant, etc. Pour Bowlby, les mécanismes liant l'enfant à sa mère sont le résultat direct des contraintes de l'évolution, laquelle a développé un besoin biologique de proximité par sélection naturelle, génétique. La sélection naturelle favorise ainsi les comportements d'attachement chez l'enfant, dans le but d'augmenter la probabilité de la présence de la mère près de lui et de lui assurer protection et survie.

À partir du concept éthologique de *système comportemental*, Bowlby émit l'idée d'un « système comportemental d'attachement » : un système spécifique mettant en jeu une motivation intrinsèque et qui aboutit à des résultats prédictibles, tout comme le comportement de reproduction, ou bien le comportement d'exploration décrit par Piaget [69]. D'autres systèmes comportementaux à motivation intrinsèque ont été mis en évidence depuis, comme nous le verrons plus loin [66].

Tout comme la température d'un appartement est contrôlée par un thermostat, le système de l'attachement est régulé : il s'active lors des séparations prolongées, puis se désactive lorsque la proximité a été de nouveau obtenue. Ce système obéit donc, comme toutes les variables de l'organisme (pression sanguine, température corporelle, sommeil, etc.) à un processus d'homéostasie. Le chagrin est un élément régulateur du système : lors des expériences d'éloignement ou de perte de l'attachement, la colère manifestée dans les protestations, le chagrin exprimé au travers des pleurs (= activation du système d'attachement chez l'enfant) sont susceptibles d'attirer le parent. L'expérience positive d'une relation d'attachement apaise ces émotions (on parle alors de désactivation du système d'attachement).

Séparés de leur mère, les jeunes animaux émettent des vocalisations de détresse (VD). Il est possible de déclencher, par stimulation électrique ou chimique de certaines zones du cerveau, ces VD. On a ainsi pu montrer, chez différentes espèces de vertébrés supérieurs, que le système de l'attachement est supporté par la substance grise périaqueducale, le thalamus dorsomédian, l'aire septale ventrale, l'aire préoptique dorsale, et, dans les espèces les plus évoluées, l'aire cingulaire antérieure ainsi que l'hypothalamus et l'amygdale. Chez l'homme, l'imagerie de la tristesse montre des régions cérébrales identiques [21, 90]. Dans ces zones, l'activité des opioïdes endogènes (notamment bêta-endorphine) s'exerce via la stimulation des récepteurs opioïdes *mu* qui sont les médiateurs du système d'attachement : lorsque le taux de bêta-endorphine est suffisamment faible, les jeunes enfants émettent des VD et les adultes ressentent de la solitude. Inversement, si cette substance est suffisamment élevée, les bébés sont heureux et les adultes se sentent bien avec eux-mêmes. Ces réponses de satisfaction surviennent lorsque les bébés reçoivent tendresse et attention et quand les adultes reçoivent du soutien de leurs famille et amis. La chaleur corporelle, les odeurs maternelles familiales, les voix apaisantes, la tétée et même de l'eau sucrée provoquent aussi l'apaisement des pleurs chez nombre de jeunes mammifères, notamment les humains. Les plaisirs provoqués par le contact physique (toucher, caresse), la nourriture, également par les sports d'endurance agissent dans le même sens. Donc, le lien social positif s'accompagne de niveaux élevés des molécules de l'attachement social (opioïdes et, à moindre degré, ocytocine et prolactine). Une brutale chute des opioïdes peut produire la panique ou la tristesse que nous ressentons lors d'un deuil ou d'un abandon. Les agents bloqueurs des récepteurs opioïdes font de même.

Ce système fonctionne « du berceau à la tombe », disait Bowlby. Au cours de l'adolescence, l'attachement de l'enfant évolue vers des liens dirigés vers d'autres que ses parents, généralement ses pairs. À l'âge adulte, il sera dirigé vers les partenaires et les amis intimes. Même chez l'adulte, le sujet reste sensible à la perte d'un être cher, laquelle active le système de l'attachement et provoque du chagrin.

Le système du don de soins

En réponse aux appels de détresse de l'enfant humain, ou du petit animal dans les autres espèces de vertébrés supérieurs, les parents répondent par des soins attentionnés, grâce à un autre système comportemental déterminé par l'évolution, celui du don de soins (*caregiving*) [10, 83]. Cet autre système désigne ceux des comportements parentaux qui ont pour but de faciliter la proximité et le réconfort lorsque les parents perçoivent que l'enfant est en insécurité ; il est représenté par des attitudes parentales telles que l'appel, le rapprochement, l'étreinte, la surveillance, l'apaisement, le bercement.

La réponse parentale aux demandes de l'enfant varie selon les cultures ; d'autres attitudes parentales que le strict don de soins s'activent alors : le jeu,

l'enseignement, etc. Les variations intraculturelles, individuelles, comptent pour beaucoup, certains parents étant peu enclins à de telles attitudes.

Le résultat de l'activation du système du don de soins, tout comme celui de l'attachement, est le rapprochement entre le parent et son enfant. Lorsque le système du don de soins s'active chez le parent, celui de l'attachement chez l'enfant tend à se désactiver, le comportement d'attachement perdant son utilité du fait de la proximité du parent. Inversement, si le système de dons de soins se désactive chez le parent (qui s'éloigne), alors l'attachement s'active chez l'enfant. Si bien que le parent va, par sa surveillance, constituer une « base de sécurité », à partir de laquelle l'enfant partira explorer le monde environnant, activant ainsi un autre système, celui de l'exploration.

L'ocytocine est capable de provoquer le comportement de don de soins. Chez le rat, des lésions du noyau paraventriculaire et de l'aire préoptique (qui produisent l'ocytocine) réduisent le comportement maternel des mères ([66], p. 283-310). L'action de l'ocytocine se fait via des récepteurs situés dans le noyau du lit de la strie terminale et dans l'hypothalamus ventromédian. Ce circuit est indépendant de celui qui règle la lactation, dans lequel l'ocytocine est également impliquée. Chez le mâle, il existe aussi des circuits dédiés au don de soins : de jeunes rats mâles exposés à des ratons développent des comportements de soins ; dans le genre masculin, ce serait plutôt la vasopressine qui interviendrait, au lieu de l'ocytocine. Ce système de don de soins existe chez tous les vertébrés supérieurs, depuis les oiseaux jusqu'à l'ensemble des mammifères, favorisant les comportements prosociaux et la création de souvenirs concernant les liens sociaux ([66], p. 303), notamment des souvenirs olfactifs liés à la mère, ainsi que des souvenirs tactiles, visuels et auditifs. Meaney [61, 62] a montré combien le toucher (léchage maternel) chez le rat pouvait influencer les capacités cognitives et émotionnelles futures des jeunes ratons, ceux qui ont été abondamment léchés se montrant moins anxieux, plus résistants au stress et davantage capables de comportements d'adaptation et d'apprentissage au cours de leur vie. En bref, ces animaux « bien aimés », qui ont reçu beaucoup de soins parentaux, ont acquis une résilience forte. En termes d'attachement, on dira qu'ils ont un style d'attachement sécurisé, comme il sera vu plus loin dans ce chapitre. Il est en de même chez l'être humain, chez qui la qualité des soins parentaux, aura un impact considérable sur la qualité de l'attachement et sur le développement cérébral de l'enfant. Inversement, les carences de soins parentaux généreront un attachement de type insécurisé, voire désorganisé, et pourront entraîner une altération du fonctionnement cérébral et psychique de l'enfant. Qui plus est, il a été bien démontré chez le campagnol des prairies que la présence conjointe des deux parents durant le développement précoces des jeunes avait un effet favorable sur la capacité des jeunes femelles de s'occuper ultérieurement de leurs petits de façon attentionnée ([66], p. 309), ainsi que sur les taux cérébraux d'ocytocine et

d'ACTH. Il apparaît donc, dans cette étude chez des rongeurs, que l'existence d'un couple parental a un effet supérieur à la présence unique de la mère pour l'éducation des enfants.

Le système du don de soins permet la régulation des émotions de l'enfant

Une des propriétés du système du don de soins est la capacité d'apaiser émotionnellement l'enfant, ce qu'Allan N. Schore [79] nomme *régulation externe des émotions*. La qualité de cette régulation émotionnelle d'origine parentale est déterminante sur la nature de l'attachement que l'enfant va constituer avec ses donneurs de soins, et ce au long cours. Ce paragraphe résume essentiellement les travaux d'Allan Schore.

Accordage émotionnel

Au cours des deux premières années de vie, le cerveau de l'enfant est le siège de processus de réorganisation rapides qui sont très influencés par la relation parent-enfant. Le lien d'attachement entre l'enfant et ses donneurs de soins parentaux modèle la maturation des réseaux neuro-naux mis en jeu dans la communication affective et sociale. L'olfaction, le goût, le toucher puis la vision vont permettre la création d'un lien d'attachement primaire avec constitution d'une empreinte cérébrale d'attachement, que Bowlby appelle modèle interne de fonctionnement. Cette notion est superposable à la notion de Schéma Précoce. L'enfant repère des signaux dans l'expression faciale émotionnelle et dans la prosodie du langage chez son parent, signaux qui provoquent chez lui une résonance émotionnelle avec excitation, plaisir et intérêt : il y a *accordage émotionnel*. Le cerveau du bébé a besoin, pour se développer normalement, d'une telle interaction positive parent-enfant et de cet accordage. L'attitude positive du parent provoque chez le bébé une forte sécrétion d'endorphines, dans un cerveau en cours de développement. Ces opioïdes cérébraux agissent sur la voie dopaminergique mésolimbique en stimulant la production de dopamine dans les neurones de l'aire tegmentale ventrale, ce qui active le « système de récompense » et induit un état d'excitation et de motivation. Cet état est donc la conséquence de l'accordage émotionnel entre le parent et son enfant. *L'effet n'est pas uniquement ponctuel et transitoire : la dopamine active des systèmes de régulation génétique qui stimulent le développement des réseaux neuronaux nécessaires au bon développement socio-affectif de l'enfant.* Une relation affective parent-enfant au travers de laquelle un flux important d'émotions positives circule de l'adulte à l'enfant est ainsi indispensable au développement neurologique normal de l'enfant. Il y aura alors création chez lui d'une *empreinte cérébrale d'attachement sécurisé* (voir plus loin), empreinte qui perdurera au cours des années.

L'accordage émotionnel permet l'Exploration et le Jeu

L'acquisition de la marche, à la fin de la première année, permet à l'enfant de se séparer de sa mère et de commencer à explorer l'environnement autre que parental (activation du système d'Exploration de Panksepp, précédemment proposé par Piaget) [69]. L'enfant se met à explorer son environnement en cherchant régulièrement chez son parent les indices visuels et auditifs qui l'autoriseront à étendre son exploration, ou bien l'inciteront à revenir près de son parent, lequel représente une base de sécurité. L'enfant vit ainsi des expériences de séparations et de réunions. Nous verrons plus loin que l'observation des comportements de l'enfant lors de ces expériences de séparations et de réunions permet de définir le type d'attachement que l'enfant a développé au contact de ses parents. L'interaction dynamique parent-enfant, faite de transfert d'émotions et de présence affective, génère et entretient un niveau élevé d'émotions positives et d'excitation, permettant l'activation du système émotionnel et comportemental du jeu (le système du Jeu de Panksepp), ainsi que celui d'Exploration. Le jeu permet l'exploration sereine et curieuse de l'environnement, ainsi que le traitement adapté des informations nouvelles et il stimule les capacités d'apprentissage. Il permet de nouvelles expériences de séparations (« caché ! ») et réunions (« trouvé ! ») qui incitent l'enfant à explorer un environnement enrichi. Cette exploration contribue, elle aussi, au développement de nouveaux réseaux neuronaux.

Le désaccordage émotionnel induit la honte et inhibe l'Exploration et le Jeu

Au cours de la deuxième année, le petit explorateur est confronté, lors des réunions avec le parent, à des attitudes de désapprobation de la part de celui-ci, au travers de l'observation de son expression faciale et de son ton de voix. Alors qu'antérieurement à la désapprobation, l'enfant se sentait en lien émotionnel avec le parent, il ressent un brutal arrêt du flux d'émotions positives qu'émettait ce dernier, autrement dit une réponse de discontinuité relationnelle. Cette interruption dans la relation d'attachement crée un désaccordage émotionnel et génère chez l'enfant un état de détresse intense, avec décharge de cortisol qui réduit le taux cérébral d'endorphines et donc de dopamine. L'enfant passe d'un état d'excitation orthosympathique à un état d'hypoactivation (par activation du parasympathique dorsal) : il devient inhibé ; son état d'excitation et de plaisir, qui permettait l'Exploration et le Jeu, s'interrompt brusquement ; l'enfant cherche à disparaître du regard de l'adulte : c'est le *sentiment de honte*, et la rupture brusque du lien d'attachement a désactivé les systèmes Recherche et Jeu.

Le parent capable de se réguler émotionnellement crée le réaccordage et transmet cette compétence d'autorégulation à son enfant

La honte plonge donc l'enfant dans un état d'émotion négative d'où il ne peut se sortir seul. L'intervention active du parent est nécessaire pour rétablir un état émotionnel positif. L'enfant manifeste, par son expression faciale,

par l'effondrement de sa posture, par l'évitement du regard et le rougissement, des signes non verbaux de son état de détresse intérieure. Si le parent est attentionné et sensible, il saura rétablir le contact visuel et parvenir à un réaccordage émotionnel. La honte sera alors apaisée, le lien d'attachement rétabli, et l'événement sera traité par l'enfant comme un incident ponctuel, sans conséquence négative pour le lien d'attachement. Dans cette réparation, l'élément clé est la capacité du donneur de soin de réguler son propre état émotionnel. La réparation est importante pour le développement émotionnel futur. Le parent qui dispose d'une bonne régulation émotionnelle sera capable de se réengager dans une communication visuelle et sonore qui réintègrera un état émotionnel positif chez l'enfant ; le taux d'endorphine remonte alors, réactivant ainsi l'aire tegmentale ventrale et la production de dopamine dans la voie mésolimbique. L'état émotionnel positif sera restauré, et l'accès aux systèmes d'Exploration et du Jeu par la même occasion. *Ainsi, le processus par lequel une émotion positive est ré-expérimentée après une émotion négative permet à l'enfant d'apprendre que l'émotion négative peut être supportée et surmontée.* À partir de la régulation externe des émotions, l'enfant intègre la capacité de se réguler lui-même sans aide extérieure. De ce fait, il constitue sa résilience, c'est-à-dire sa capacité de passer d'un état émotionnel négatif à un autre état émotionnel, positif. Dans ce processus, c'est le donneur de soins primaire qui est responsable de la réparation du désaccordage entre lui et son enfant. Si le parent est capable de contrôler son émotion, il aura un effet stabilisant chez son enfant : en gardant son calme lorsque l'enfant manifeste une émotion, il a une action apaisante sur la colère de l'enfant, rassurante sur son chagrin et sa peur.

L'enfant confronté à un parent non régulé émotionnellement n'acquiert pas de compétence d'autorégulation

Face à un parent qui ne contrôle pas son état émotionnel, l'enfant va activer inconsciemment un état physiologique dont il sera incapable de sortir par lui-même ; n'ayant pas observé chez son parent un modèle d'autorégulation, **il demeurera dans ce que nous nommerons plus loin un Mode : Enfant en Colère, Enfant Vulnérable.** Sur le plan psychothérapeutique, il sera important de considérer un individu porteur d'un trouble de personnalité borderline comme un jeune enfant (de 5 ans environ) qui n'a jamais appris à réguler ses émotions seul ; le rôle du thérapeute dans les interventions dites de reparentage sera notamment d'incarner l'« Adulte Sain », c'est-à-dire une personne capable de se contrôler et de transmettre cette capacité au patient. Dans les états du moi que sont les Modes Enfant Vulnérable ou Enfant en Colère, l'un des systèmes comportementaux (ou émotionnels) décrits par Panksepp s'active et se manifeste à l'état pur et incontrôlé : système d'Attachement, système de la Colère, système de la Peur. L'absence de régulation externe des affects par le parent empêche l'enfant de rester dans le système comportemental du Jeu ou dans celui de l'Exploration.

Voyons maintenant ces différents systèmes que décrit Panksepp.

Relations du système d'attachement avec les autres systèmes comportementaux

Panksepp parle de systèmes émotionnels, et nous conserverons la dénomination de « systèmes comportementaux », car elle a le privilège de l'ancienneté historique. Il décrit chez les vertébrés supérieurs un ensemble de sept systèmes, présent dans toutes les espèces, depuis les oiseaux jusqu'aux mammifères les plus évolués tels que les primates et l'homme.

Deux premiers systèmes sont destinés à assurer la sécurité de l'enfant. Nous venons de les développer : ce sont le système de l'*Attachement* et celui du *Don de soins*.

Deux autres systèmes comportementaux sont dits prosociaux : celui de l'Exploration, d'une part, celui du Jeu et de l'Engagement social, d'autre part. Le rôle des parents est de satisfaire les besoins affectifs fondamentaux de l'enfant, ce qui contribue à maintenir ce dernier dans un état de bien-être émotionnel, durant lequel il demeure sous l'effet du parasympathique ventral (voir plus loin la théorie polyvagale de Porges) ; cet état permet aux systèmes du Jeu et de l'Engagement social, et à celui d'Exploration, d'explorer son environnement dans les meilleures conditions possibles, avec un sentiment de sécurité et de plaisir, et d'entrer en relation avec les autres afin de communiquer de façon efficace. Le jeu permet d'apprendre les relations sociales sous un angle agréable. L'exploration curieuse motive le petit comme le plus grand à s'intéresser à son environnement pour y découvrir avec intérêt et plaisir des choses nouvelles.

Deux autres systèmes sont défensifs : celui de la *Peur* et celui de la *Colère*. Ces deux systèmes, qui s'expriment via le système nerveux orthosympathique, permettent au jeune comme au plus âgé de s'alerter vis-à-vis de signaux de danger, dans un premier temps. Dans un second temps, ils lui donnent les moyens de se protéger, par l'attaque, la fuite ou parfois l'immobilisation. Au cours des relations avec ses parents, le jeune peut avoir peur ou ressentir de la colère. Comme vu précédemment, un des rôles parentaux sera alors d'assurer la régulation externe des émotions chez le petit (A. Schore). Lorsque le parent est incapable d'aider l'enfant à réguler ses états émotionnels, celui-ci demeure impuissant à s'autoréguler et il subit l'activation persistante d'un autre système qu'il n'a pas la possibilité de désactiver : la peur, la colère, la peine, demeurant ainsi dans l'incapacité d'activer les systèmes d'Exploration et du Jeu. C'est ce qui se passe notamment dans le trouble de personnalité borderline, pathologie pour laquelle la thérapie des Schémas utilise le concept de *Modes* afin de décrire l'instabilité émotionnelle et les états émotionnels très brutaux, intenses et durables constatés dans cette pathologie.

Enfin, le septième système comportemental décrit par Panksepp est celui du *Désir sexuel*, permettant la relation amoureuse et la reproduction.

Empreinte cérébrale de l'attachement

La capacité de s'attacher prend sa source dans les expériences de régulation émotionnelle précoces, c'est-à-dire survenant vers la fin de la première année de vie. Cette période correspond à une phase de maturation du cortex préfrontal, notamment du cortex orbitofrontal, lequel est très fortement lié au système limbique et serait mis en jeu à la fois dans les processus d'attachement et dans la régulation émotionnelle. Cette première phase de maturation du cortex préfrontal permet la *réponse différée*, c'est-à-dire la *capacité de pouvoir réagir à une situation sur la base de représentations qui sont préenregistrées*, au lieu de répondre en fonction de l'unique information instantanée présente dans l'environnement immédiat. À la fin de la première année de vie, le cortex préfrontal devient capable de créer des représentations de l'interaction parent-enfant : à cette époque, John Bowlby postule la création de *Modèles Internes de Fonctionnement* (*Internal Working Models*), non verbaux, autrement dit des Schémas Précoces d'attachement au sens de Young. Ces représentations mentales sont des évaluations non verbales de l'interaction d'attachement de l'enfant avec ses donneurs primaires de soins et sont à l'origine des attentes que se forge l'enfant sur le futur de ses interactions sociales (figure 2.6).

Dans son interaction avec ses parents, l'enfant réclame (activation du système d'attachement) des soins (nourriture, hygiène, câlins, jeu, sécurité, etc.) et le(les) parent(s) répond(ent) d'une façon qui sera mémorisée inconsciemment en s'inscrivant dans le cerveau de l'enfant. Ainsi, l'enfant développe au cours de la deuxième année de vie des représentations, ou Modèles Internes de Fonctionnement, ou Schémas Précoces. Pour chacun de ses personnages d'attachement (donc donneurs de soins), il se crée une empreinte cérébrale contenant des informations qui portent sur trois points :

1. *la stabilité et la prévisibilité du donneur de soins*. Si le donneur de soins a une attitude systématique dans chaque situation de la vie courante (par

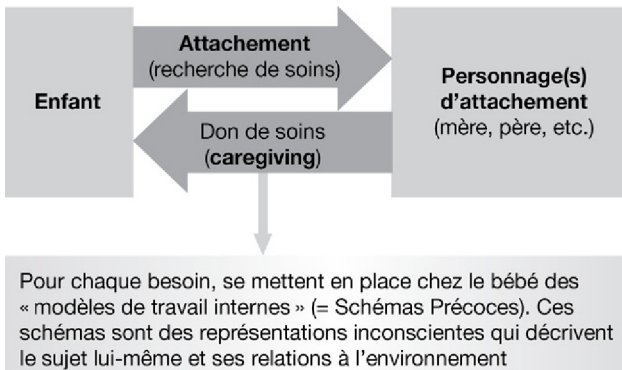


Figure 2.6. Le besoin d'attachement (selon J. Bowlby).

exemple un rituel d'endormissement proposé systématiquement à l'enfant chaque soir), si son comportement émotionnel est stable et prévisible, le personnage sera intégré chez l'enfant comme répondant à ses attentes d'attachement ;

2. *la capacité de l'enfant d'autoréguler ses émotions*, donc de se contrôler. Si le personnage d'attachement est capable de contrôle émotionnel pour lui-même, il transmet ce comportement à l'enfant, comme vu précédemment. C'est la régulation externe des émotions, laquelle crée chez l'enfant une capacité interne de se réguler : régulation interne des émotions. L'encodage de processus de régulation émotionnelle est une fonction primordiale des Schémas Précoces d'attachement.

3. *le caractère globalement positif des relations sociales*. Par l'interaction avec le donneur de soins, l'enfant parvient à intégrer progressivement l'idée qu'un instant relationnel chargé en émotion négative peut être suivi d'une période émotionnellement positive, que l'incident est clos et qu'aucun ressenti ne se développe chez le parent ni chez l'enfant. La notion que les interactions sociales peuvent connaître des aléas qui sont réparables se met en place.

On peut mesurer les Modèles Internes de Fonctionnement (voir plus loin la *Situation étrange* de M. Ainsworth) à la fin de la première année en observant le comportement d'attachement de l'enfant. Ces représentations sont d'abord présymboliques, puis symboliques à la fin de la deuxième année. Elles interviennent donc dans la fonction de régulation émotionnelle. De nombreux auteurs, dont Schore et LeDoux, proposent l'existence d'un système émotionnel central, dont la fonction serait de réguler les émotions et le comportement, localisé dans l'hémisphère cérébral droit, dont les constituants principaux seraient le cortex orbitofrontal et le système limbique, et qui maintiendrait l'image de soi et toutes les émotions, cognitions, images et tous les souvenirs constitués durant l'enfance. Jeffrey Young, lui aussi, postule l'existence d'un noyau central émotionnel, générateur de la personnalité ([67], p. 677-678 et 684-692). Cette structure, étroitement liée aux besoins affectifs fondamentaux, serait le siège des Schémas Précoces et constitue une base de référence non verbale pour toutes les interactions sociales affectives et intuitives du sujet, sa vie durant.

Les systèmes de défense et la théorie polyvagale [70]

L'organisme des animaux supérieurs est capable de *neuroception*, c'est-à-dire que certains circuits du système nerveux distinguent de façon automatique les situations ou les individus qui semblent sûrs ou bien, au contraire, menaçants et dangereux. Hérités de l'évolution et localisés dans des parties primitives du système nerveux central, les circuits de neuroception agissent de façon inconsciente. Ces circuits font intervenir les noyaux de plusieurs paires de nerfs crâniens, localisés dans le tronc

cérébral¹, et notamment celui du X ou nerf vague, encore appelé système parasympathique. Les *voies sensibles* de neuroception sont capables d'explorer de façon non consciente le regard d'autrui, ainsi que sa mimique faciale, son ton de voix, sa gestuelle et la posture de son corps ; elles sont sensibles à certains signes de sécurité, tels que le ton de la voix de la mère pour l'enfant. Les *voies motrices* de neuroception sont dirigées vers les muscles de la nuque, du visage, du larynx, et déclenchent des comportements : soit prosociaux (ce sont le système de l'Engagement Social et le système d'Exploration, décrits par Panksepp), soit défensifs (Le système de Peur et le système de Colère, de Panksepp). Ainsi, le bébé peut tourner la tête, crier, chercher du regard, pour attirer l'attention de son parent.

Le noyau ventral, myélinisé, du vague, qui innerve les muscles du pharynx, du larynx, du palais, de l'œsophage, ainsi que le cœur et les bronches, joue un rôle important dans l'activation du système d'Engagement Social. Les fibres nerveuses issues de ce noyau ventral modifient l'expression du visage, de la voix, permettant à un enfant dès sa naissance de se signaler à ses donneurs de soins ; elles permettent aussi au sujet d'entrer en relation avec les autres afin de communiquer. Le système de l'Engagement Social et du Jeu nécessite donc, pour être activé, que le système parasympathique ventral soit lui-même activé, c'est-à-dire que le système nerveux central reconnaisse, grâce aux voies sensibles de neuroception, que le sujet est dans une situation de sécurité et de confiance.

En cas de situation perçue comme dangereuse, les voies de neuroception activent le système orthosympathique, inhibant de ce fait le parasympathique ventral et, par voie de conséquence, le système de l'Engagement Social et le système d'Exploration. Avant même que nous ne soyons conscients d'un danger, notre corps a déjà déclenché des comportements de défense de mobilisation. Ces comportements sont sous la commande du système orthosympathique, qui déclenche une hyperactivation de l'organisme, et sont de trois types : la fuite, la sidération par la peur, et le combat. Dans la fuite, le sujet adopte une attitude qui cherche à éviter un danger menaçant. Dans la sidération, le sujet est immobilisé, apeuré, face au danger, dans un état de totale impuissance. Dans le combat, le sujet cherche à se débarrasser de la cause du danger par sa suppression ou sa destruction.

Il peut néanmoins arriver que le système orthosympathique soit débordé, face à une situation dangereuse perçue comme gravement menaçante : un quatrième état de protection se déclenche alors, la défense d'immobilisation. Chez les animaux, cet état correspond à la « mort feinte », ou immobilisation sans peur (très développée chez l'opossum, notamment). *Cet état est déclenché par la branche non myélinisée du nerf vague, issue du noyau moteur*

1. Porges [70] considère l'intervention des paires crâniennes V, VII, IX, X et XI.

dorsal du vague dans le tronc cérébral, et dont les fibres innervant le cœur et l'arbre respiratoire sont capables de provoquer une bradycardie pouvant aller jusqu'à la syncope². Ce système vagal dorsal est phylogénétiquement plus ancien que le système vagal ventral, puisqu'il est présent chez les reptiles ; le système ventral, lui, est surtout développé chez les mammifères. Chez les animaux, la mort feinte permet à une proie d'éviter d'être dévorée, car les prédateurs ne s'emparent généralement pas d'un animal inerte au sol, et donc réputé mort ; un tel animal représente une possible source d'empoisonnement pour le prédateur. Chez l'homme, cette branche provoque un ralentissement cardiaque et une chute de la pression artérielle. Dans ce cas, il y a hypoactivation de l'organisme, pouvant aller jusqu'à la syncope par réduction du débit sanguin intracrânien.

La [figure 2.7](#) résume les trois types de situations que peuvent identifier les voies de la neuroception, ainsi que les trois types de réaction que celles-ci sont capables de déclencher.

Ces mécanismes de survie sont phylogénétiquement anciens. Ils sont stockés par le cerveau limbique et le système nerveux végétatif : le système orthosympathique (responsable d'une hyperactivation de l'organisme) et éventuellement le noyau dorsal du vague si le sympathique est débordé (il y aura alors hypoactivation, d'un degré plus ou moins sévère).

Les systèmes de défense et les différents styles d'attachement :

la Situation étrange de Mary Ainsworth

Mary Ainsworth, élève de John Bowlby, a étudié l'attachement dans diverses situations cliniques et écologiques (notamment en Ouganda sur les bébés Ganda) et a proposé avec Wittig en 1969 [3] une méthode d'évaluation clinique de l'attachement : la *Situation étrange*. Cette procédure évalue le comportement d'attachement des enfants de 9 à 18 mois par rapport à leurs donneurs de soins. L'examen prévoit une série de huit épisodes de séparation et de réunions de trois minutes chacun, de stress progressivement croissant pour l'enfant. On cherche ainsi à activer le système d'attachement de l'enfant, de façon à observer ses réactions comportementales, reflets de ses empreintes cérébrales d'attachement, autrement dit de ses Schémas Précoces d'attachement. Les auteurs ont ainsi identifié [2] trois types d'attachement : sécurisé, insécurisé-évitant et insécurisé-ambivalent/résistant. Par la suite, Main et Solomon [58, 59] ont identifié un quatrième

2. Le noyau ventral du vague envoie des fibres à destination cardiaque, tout comme le noyau dorsal. Mais les travaux de Porges [70] ont établi que les fibres cardiaques du noyau ventral ont un rôle dans le ralentissement expiratoire de la fréquence cardiaque (c'est cette propriété que l'on utilise dans les techniques de relaxation), alors que les fibres cardiaques du noyau dorsal peuvent entraîner une bradycardie sévère, voire une syncope.

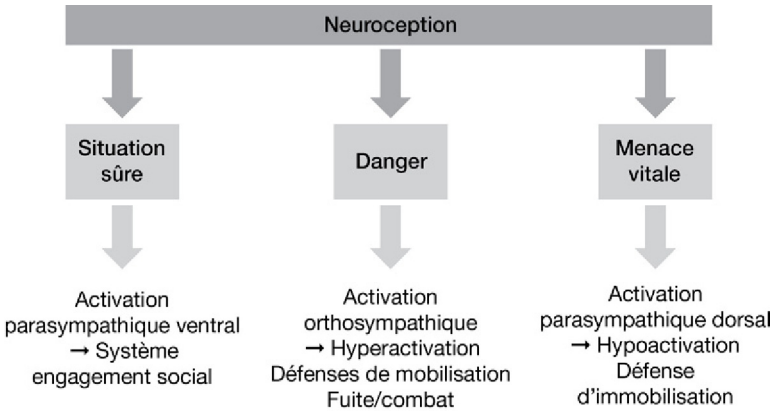


Figure 2.7. La neuroception selon S. Porges.

type comportemental, essentiel pour la compréhension du trouble de personnalité borderline : l'attachement désorganisé [58]. Enfin, vers l'âge de 6 ans, Main et Cassidy [55] ont identifié un attachement contrôlant, issu de l'attachement désorganisé.

Attachement sécurisé

Dans ce type de comportement, le bébé pleure lors de la séparation dans la Situation étrange (son système d'attachement s'est activé), mais sa maman explique qu'il ne pleure pas à la maison si elle quitte la pièce. Lors de la réunion, il cherche la proximité corporelle de son parent, il est rapidement consolé et rassuré, puis il peut retourner à l'exploration des jouets présents dans la pièce. Il a des Schémas cohérents et unifiés : « mon personnage d'attachement a des comportements prévisibles : positifs, approuvateurs et rassurants ». C'est le comportement d'un bébé dont le donneur de soins est stable et prévisible, et capable d'une excellente régulation émotionnelle externe. Il s'agit d'un bébé qui, dans les interactions parentales, a vécu l'expérience de nombreuses situations d'accordage émotionnel. Cet accordage émotionnel (voir p. 23) permet à l'enfant d'utiliser de façon préférentielle son système parasympathique ventral lorsqu'il est confronté aux autres et à l'environnement : il pourra apprendre à découvrir le monde et les autres personnes de façon sereine et non angoissée. Il apprend l'autorégulation en observant un (des) parent(s) eux-mêmes émotionnellement autorégulés (figure 2.8).

Attachement insécurisé-évitant

Le bébé ne proteste pas lors de la séparation, et il est ignorant ou évitant vis-à-vis du parent à la réunion, focalisant son attention sur les jouets. Il témoigne peu d'intérêt pour cet adulte qui est si peu motivé à se lier à lui. À

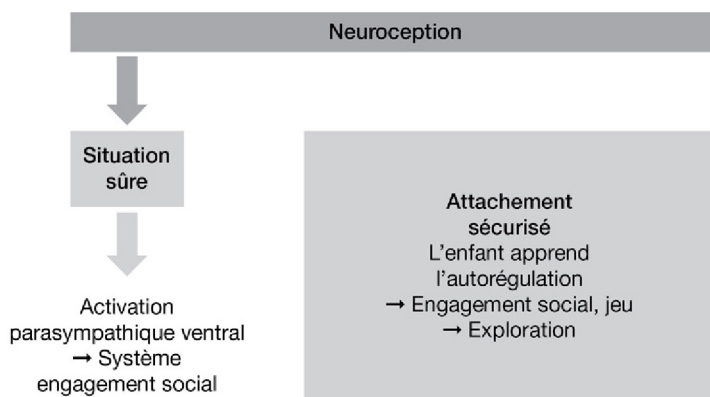


Figure 2.8. Neuroception et situations sûres.

la maison, ces bébés pleurent davantage et expriment davantage d'anxiété de séparation que les bébés sécurisés. Ils sont rarement apaisés, leur système d'attachement restant en permanence activé. Ils ressentent souvent de la colère non exprimée, s'attendant à un contact parental non satisfaisant, rejetant. Leurs Schémas Précoces d'attachement sont unifiés et cohérents : « mon personnage d'attachement a un comportement prévisible : il ne provoque pas de réconfort, il n'est pas rassurant, il peut même provoquer de la peur ». La mère d'un enfant insécurisé-évitant exprime peu d'émotions et présente des interactions fondées sur le retrait, l'hésitation ainsi que la réticence à prendre en charge le comportement de son enfant et à solliciter son attention. Le bébé à attachement insécurisé a fait l'expérience de relations parentales dans lesquelles il ressent fréquemment un désaccordage émotionnel : face à un parent non autorégulé émotionnellement, il n'apprend pas l'autorégulation et il active son système orthosymphatique dans toutes les situations nouvelles. Ses systèmes d'Exploration et d'Engagement Social ne parviennent pas à s'activer, dans des situations qui pourtant ne présentent aucun risque réel de danger. L'enfant pourra développer une personnalité angoissée, évitante ou obsessionnelle, caractérisée par la réduction de l'expression émotionnelle, une capacité limitée de ressentir des émotions de tous types et une tendance à l'internalisation et à l'hypercontrôle (figure 2.9).

Attachement insécurisé-résistant/ambivalent

Dans la Situation étrange, le bébé exprime une détresse immédiate et intense à la séparation ; il est très préoccupé par l'absence de sa mère et ne parvient pas à jouer seul, sa mère ne fonctionnant pas comme base de sécurité qui lui permette d'explorer tranquillement son environnement. Lors de la réunion, il est en colère vis-à-vis du parent, refuse le contact et les consolations. Si la mère le prend dans ses bras, il peut alterner des

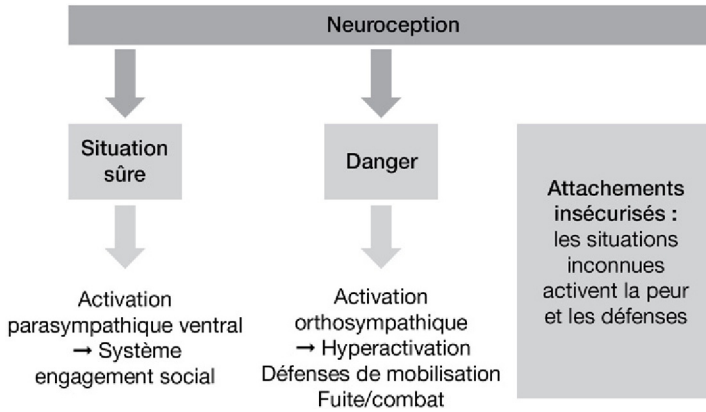


Figure 2.9. Neuroception et situations dangereuses.

comportements de résistance, ou au contraire de recherche de proximité. La mère des bébés insécurisés-résistants cherche en permanence à parler avec l'enfant, même si celui-ci ne lui témoigne aucun intérêt. Elle représente pour lui une source continue de stimulations émotionnelles de haut niveau qui le submergent, dépassant le seuil tolérable. L'enfant se trouve en état de détresse émotionnelle, du fait de cette constante intrusion affective qui le gêne dans sa tendance à s'occuper seul et à intégrer les expériences nouvelles. Il cherche à éviter le regard de sa mère pour moduler cet excès émotionnel. Dans les expériences de réunion, la mère a tendance à exagérer l'émotion positive, à être inefficace dans la fixation des limites, dans la régulation émotionnelle et dans la socialisation de son enfant. Du fait du caractère labile et imprévisible de la disponibilité émotionnelle de sa mère, l'enfant ne sait jamais bien à quoi s'attendre en ce qui concerne la réponse qu'il obtiendra d'elle aux signaux qu'il émet, d'où ses attitudes contradictoires, alternant recherche de proximité et rejet. Ses Schémas Précoces sont cohérents et unifiés : « mon personnage d'attachement a un comportement imprévisible : il ne comprend pas ce dont j'ai besoin, il est soit négligent, soit excessif, hyperprotecteur ». Ce type de comportement pourra développer des personnalités impulsives, qui se contrôlent mal, exprimant des émotions exagérées et présentant de la difficulté à gérer le stress, et aussi des personnalités très évitantes, solitaires, ayant besoin de s'isoler par peur d'être envahies, contrôlées, par autrui.

Attachement désorganisé

Main et Solomon [59] ont découvert que certains bébés n'avaient aucun comportement systématique lors des séparations/réunions dans la Situation étrange : face au stress, ces enfants n'ont aucune Stratégie organisée

et les auteurs parlent d'attachement désorganisé. Ces enfants expriment des comportements contradictoires ou conflictuels : ils vont, par exemple, approcher le parent en détournant la tête pour éviter son regard, ou bien le réclamer bruyamment derrière la porte pour ensuite s'en tenir à l'écart. Ils peuvent avoir des mouvements inadaptés, mal orientés ou incomplets, des expressions hébétées, des changements brusques d'état émotionnel (de bonne humeur, l'enfant se met à frapper sa mère), et aussi des états de sidération, avec immobilisation ou mouvements au ralenti.

La désorganisation de l'attachement est clairement liée à la maltraitance et/ou la négligence de l'enfant [12, 53, 54, 85]. Le comportement d'attachement désorganisé est la conséquence du vécu de parents(s) aux attitudes verbales et non verbales effrayantes ou effrayées, et il existe une corrélation nette entre l'attachement désorganisé chez l'enfant et les antécédents de monoparentalité, de conflits parentaux, de mauvais soins, de maltraitance et de négligences au cours de la première année de vie.

Neurobiologie de l'attachement désorganisé [79]

Le donneur de soins abuseur et/ou négligent induit chez l'enfant des états durables d'émotions négatives. Il a souvent lui-même un attachement désorganisé : un tel « donneur de soins » est inaccessible ; il réagit de façon inappropriée et/ou rejetante aux émotions de stress de son enfant. Comme vu précédemment (voir p. 25), *l'enfant confronté à un parent non régulé émotionnellement n'acquiert pas de compétence d'autorégulation*. Au lieu de le réguler, le parent induit chez son enfant des niveaux extrêmes de stimulation et d'excitation, et comme il n'apporte aucune aide dans son interaction, les états émotionnels négatifs intenses de l'enfant durent de longs moments. Ces états négatifs prolongés sont toxiques pour le cerveau des enfants qui, bien que possédant une certaine capacité de réguler des états émotionnels négatifs de faible intensité, se trouvent dans des états qui persistent et dont l'intensité, la fréquence et la durée vont en augmentant.

A. Schore a établi que la réponse d'un enfant à un trauma passe par deux étapes successives : tout d'abord l'hyperactivation, puis, si le trauma est insupportable, l'hypoactivation. Cette hypoactivation induit un état de dissociation de la conscience, phénomène sur lequel nous reviendrons au chapitre 4.

Première phase de réponse au trauma : l'hyperactivation

Au début de la menace, une quantité élevée de stimuli visuels, auditifs et tactiles (douloureux) d'un niveau extrêmement élevé déborde les faibles capacités de tolérance de l'enfant. Ce bouleversement provoque chez lui une réponse d'alerte, dans laquelle le système orthosympathique se trouve brusquement et fortement activé, entraînant une élévation des fréquences cardiaque et respiratoire, ainsi que de la pression artérielle. L'enfant manifeste alors sa détresse par des pleurs puis des cris. Cet état de terreur et d'hyperexcitation sympathique est contemporain d'une inondation cérébrale par le cortisol, l'adrénaline, la noradrénaline, la dopamine et le glutamate. Un

tel afflux de neuromédiateurs excitateurs dans le cerveau en développement déclenche une stimulation métabolique excessive, laquelle se maintiendra dans le temps si le stress se répète.

Deuxième phase de la réponse au trauma : l'hypoactivation et la dissociation

Dans un deuxième temps, l'enfant réagit au trauma par l'hypoactivation. Sa perturbation est telle qu'il se met automatiquement dans un état qui l'isole du monde extérieur : son expression faciale est fixe, figée, absente ; il évite totalement le contact visuel, il devient immobile, sans aucune émission vocale, sans aucun contact avec les autres, donnant l'impression qu'il est tout à fait impossible d'accéder à lui. Ce désengagement massif est provoqué par l'activation du *parasymphathique dorsal*. Cet état de défense primitif est un processus de régulation métabolique primaire, utilisé tout au long de la vie et dans de nombreuses espèces animales, dans lequel l'individu stressé feint – inconsciemment – d'être mort, dans le but de survivre. Dans cet état passif, il existe une élévation des opioïdes endogènes, provoquant l'insensibilité à la douleur, ainsi que des hormones du stress telles que le cortisol, inhibant le comportement. L'activité du *parasymphathique dorsal* dans le tronc cérébral provoque une chute de la fréquence cardiaque, de la tension artérielle, ainsi que de l'activité métabolique, malgré une élévation de l'adrénaline circulante [70]. L'état de l'enfant traumatisé passe brutalement d'un état d'hyperexcitation orthosymphathique à un état d'hypoactivation de l'organisme, provoqué par le *parasymphathique dorsal*. Cet état s'accompagne d'une dissociation de la conscience (voir chapitre 4 ; [figure 2.10](#)).

Le vécu d'une accumulation de traumatismes relationnels impacte le développement cérébral ; intervenant à une époque critique de la maturation du système limbique, ces traumatismes affectent négativement la maturation des systèmes cérébraux qui modulent le stress et régulent les émotions, y compris les états d'agressivité. Les jeunes enfants qui subissent des abus et/ou des négligences (attachement insécurisé maternel et paternel), sans recevoir de réparation interactive parentale, sont à haut risque de développer une dérégulation émotionnelle plus tard dans leur vie. Nous insisterons plus loin, à propos du trouble de personnalité borderline, sur les liens entre négligence/abus et attachement désorganisé, d'une part, et sur ceux entre l'attachement désorganisé et la personnalité borderline, d'autre part.

Le bébé à attachement désorganisé a créé des Schémas Précoces d'attachement qui considèrent son personnage d'attachement comme imprévisible. Giovanni Liotti, élève de Bowlby, considère que, dans l'attachement désorganisé [50], la même personne (parent) incarne à la fois le réconfort et la menace. Tout en recevant des soins de son parent, le bébé observe un personnage lui-même souvent dissocié qui peut être tour à tour effrayant, effrayé ou impuissant. De telles informations contradictoires plongent l'enfant dans l'état de dissociation vu plus haut. Avec la répétition des

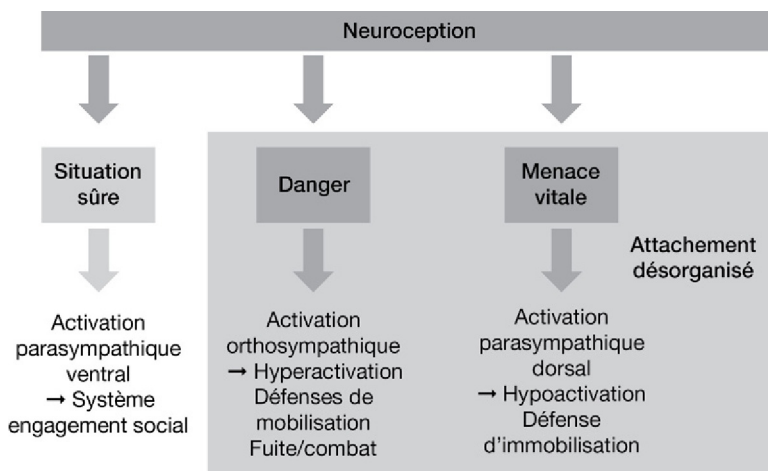


Figure 2.10. Neuroception et situations de menace vitale.

relations au parent, les Schémas Précoces d'attachement se construisent et se remodelent, aboutissant à des constructions multiples, contradictoires et déstructurées. Alors que dans les attachements sécurisés, évitants et résistants, la représentation d'attachement est unifiée et cohérente, spécifiant une relation à l'autre qui est nettement déterminée, celle de l'attachement désorganisé est incohérente et multiple. Liotti propose trois types de représentations [51] :

- une première qui contient les expériences de comportements parentaux bienveillants, créant ainsi chez l'enfant un soi dont les demandes d'attachement sont satisfaites (ce sera le mode Enfant Heureux de Young, voir plus loin) ;
- une deuxième qui encode les expériences de comportements parentaux imprévisibles, effrayants, violents, créant ainsi chez l'enfant un soi victime impuissante (ce sera le mode Enfant Vulnérable de Young) ;
- une troisième empreinte pour les expériences de comportements parentaux effrayés, émotionnellement instables, attestant de la fragilité du parent, créant chez l'enfant un soi puissant, contrôlant. Des études longitudinales [55] ont en effet montré qu'à l'âge de 6 ans on peut observer un quatrième type de comportement d'attachement : *l'attachement contrôlant*.

Cette fragmentation des représentations portant sur les relations parent-enfant induit une fragmentation du soi et correspond, pour Liotti, à un état de dissociation précoce, sur lequel nous reviendrons au chapitre 4. Elle explique l'apparition ultérieure des Modes de J. Young, que nous aborderons au chapitre 3.

Attachement contrôlant

Dans ce type comportemental, l'enfant cherche à contrôler le parent en le rejetant ou l'humiliant, en prenant la position de parent qui gère un

enfant. Il a été démontré une association significative entre l'attachement désorganisé à 12-18 mois et le comportement d'attachement contrôlant à 6 ans. Les observations de ces enfants contrôlants montrent d'ailleurs qu'ils demeurent désorganisés (ce sera le mode Hypercontrôleur de Young).

Les besoins affectifs fondamentaux selon Young

Pour Young, le besoin d'attachement est le besoin primordial, celui au travers duquel vont se manifester d'autres besoins :

- *la sécurité liée à l'attachement aux autres (stabilité, acceptation, soutien)*. Grâce à la relation avec ses donneurs de soins parentaux, l'enfant doit pouvoir trouver du soutien dans ses difficultés. Il cherche à se sentir compris et accepté tel qu'il est ; il a besoin de sentir ses personnages d'attachement comme stables, prévisibles dans leurs réponses à ses demandes. Si ces besoins de sécurité sont satisfaits, l'enfant crée des Schémas positifs du style : « Je sais que quelqu'un de stable est là, qui m'aime, me soutient, me comprend et assure ma sécurité ». Il crée aussi une image positive de lui-même, avec des Schémas du type : « Je me sens une personne valable car mes personnages d'attachement me renvoient cette image » ;

- *l'autonomie, la compétence, le sens de l'identité*. Il s'agit ici d'inciter l'enfant à utiliser son système d'Exploration (Panksepp) : les parents, au travers d'une attitude sereine face à la nouveauté, donnent à l'enfant l'assurance qu'il peut progressivement explorer son environnement sans risque. Avec les années, il acquiert la conviction qu'il est capable de faire de plus en plus de choses en l'absence de ses parents. Les Schémas positifs suivant se créent :

- « je connais mes compétences » ;
- « je sais me débrouiller seul dans la vie » ;
- « les gens qui m'entourent sont là pour moi mais je sais que je suis quelqu'un de physiquement séparé d'eux ».

- *l'expression des besoins et émotions ; la spontanéité et le jeu*. En écoutant l'enfant et en l'incitant à dire ce qu'il pense, ce qu'il ressent, ce qu'il a envie de faire, les donneurs de soins amènent le petit à se connaître ; ils développent chez lui le droit de s'exprimer et de se faire respecter :

- « je sais reconnaître ce que je ressens, je connais mes besoins et leurs limites » ;
- « je sais exprimer des demandes appropriées ».

- *les limites et l'autocontrôle*. Par le « non » et les interdictions clairement énoncées, sans manipulation émotionnelle ni dictature de la force, les parents vont installer dans le cerveau de leur enfant la notion des règles de conduite et du respect d'autrui :

- « je connais l'existence des autres et j'ai appris à respecter leurs besoins, les idées et leurs émotions » ;
- « je connais les règles sociales et je les respecte » ;
- « je suis capable de contrôler mes émotions et mon comportement ».

Tempérament émotionnel

Le tempérament correspond à la partie biologiquement déterminée de la personnalité. Il influe sur la façon qu'a le sujet de ressentir les événements qu'il vit, et d'y réagir. Le tempérament code un fonctionnement à base d'apprentissage procédural et associatif (perceptions, émotions, instincts, habitudes), génétiquement transmissible.

Pour Young, le tempérament a un rôle prépondérant dans la sélection des Stratégies Précoces, qui sont des façons de réagir face aux événements, avec l'objectif inconscient de chercher à satisfaire les besoins affectifs fondamentaux et de s'adapter aux situations de l'environnement. Confrontés à une ambiance familiale insécurisante, par exemple, certains enfants peuvent se soumettre docilement, d'autres se rebeller activement. Ces deux tendances seraient notamment sous le contrôle du tempérament.

Un des auteurs qui a le plus étudié le tempérament, au plan psychologique, biochimique, génétique et en imagerie, est certainement C. Robert Cloninger [16, 17]. Selon cet auteur, certains traits de personnalité sont liés à quatre *Facteurs de tempérament* :

- l'évitement du danger (chez les anxieux) ;
- la recherche de sensations nouvelles (chez les impulsifs : borderlines, antisociaux) ;
- la persistance, qui permet de tolérer une frustration à court terme pour profiter d'une gratification à long terme ;
- la recherche de récompense.

Cloninger a développé un questionnaire d'évaluation de la personnalité (1987–1993) : le *Temperament and Character Inventory* (TCI), qui permet notamment d'explorer les facteurs de tempérament. De nombreuses études de corrélations ont été réalisées sur de grandes populations dans différents pays, visant à comparer les résultats du TCI avec les données d'études de neuroanatomie, neurochimie, neuropsychologie et neurogénétique (études de jumeaux et études d'adoptions).

Sur le plan clinique, chacun de ces facteurs est une dimension ou trait, qui s'exprime sur un continuum allant d'un extrême bas à un extrême haut. Le facteur *Évitement du danger* a pour extrême haut les sujets pessimistes, craintifs, timides et fatigables ; l'extrême bas est représenté chez les individus optimistes, audacieux, entreprenants et énergiques. Sur le plan psychophysiologique, il correspond au système Peur de Panksepp, vu plus haut. Il serait lié aux voies sérotoninergiques (noyau du raphé), qui induisent l'inhibition de certains comportements, et donc les Stratégies de type évitement.

Le facteur *Recherche de nouveauté* est représenté, dans son extrême haut, par les sujets explorateurs, impulsifs, excessifs et irritables. Son extrême bas se rencontre chez les personnes réservées, rigides, économes et stoïques. Les voies neurobiologiques qui en sont le support sont le système Recherche de Panksepp, correspondant aux voies dopaminergiques mésocorticale et

mésolimbique, autrement dit au *système de récompense*. Les sujets ayant des comportements d'hyperactivité, de boulimie, d'hypersexualité, d'alcoolisation, de tabagisme, d'abus de substances répondent au TCI avec des scores élevés sur cette dimension.

Le facteur *Sensibilité à la récompense* serait, selon Cloninger, lié aux voies noradrénergiques (locus coeruleus) et sérotoninergiques (raphé médian), projetant sur le thalamus, le cortex temporal antérieur et médian et l'hippocampe, intervenant dans le décodage des signaux sociaux. Les sujets de l'extrême bas sont critiques, distants socialement, détachés, indépendants. Ceux qui cotent fort au TCI sur cette dimension sont sentimentaux, ouverts, chaleureux et compréhensifs. C'est donc le trait qui caractérise l'engagement social. Sans doute correspond-il au système Jeu de Panksepp.

Enfin, le facteur *Persévérance* définit, pour son extrême bas, des individus paresseux, inefficaces, qui ne font pas d'effort. Ceux qui sont travailleurs, déterminés, ambitieux et perfectionnistes sont l'expression de l'extrême fort de ce trait. L'IRMf (Gusnard, 2003, cité dans [17]) montre une forte corrélation de la Persévérance avec l'activation du cortex préfrontal orbitaire et médian et du striatum ventral. Ce circuit convertirait un signal désagréable (lecture d'un livre d'étude !) en un signal de récompense anticipée (amélioration de ses connaissances dans un but intellectuel ou professionnel). Il ne fait aucun doute que les lecteurs de ce livre ont la chance d'exprimer ce facteur à un très bon niveau...

Chaque enfant peut évoluer de façon spécifique et imprévisible, selon son tempérament biologique : un enfant turbulent sera davantage exposé à un parent maltraitant qu'un enfant calme et passif ; un enfant sociable et débrouillard s'adaptera et fera sa vie malgré les abus ou les négligences.

Le tempérament émotionnel est donc déterminant dans la mise en place des Stratégies Précoces. Il est souhaitable de chercher à l'évaluer cliniquement, au cours des entretiens, et en demandant à l'entourage familial, lorsque cela est possible, des informations sur les comportements d'enfance du patient. Les traits de tempérament pourront faire l'objet, à côté de la prise en charge psychothérapeutique, d'un traitement médicamenteux psychotrope adapté.

Expériences précoces de la vie

Équipé de son tempérament émotionnel et avec ses besoins affectifs fondamentaux, le bébé puis l'enfant et l'adolescent se confrontent à l'environnement et à des contraintes qui mettent à mal leurs besoins. Si les expériences précoces de leur vie sont trop inadaptées à leurs besoins et à leurs capacités d'adaptation du moment, des difficultés vont apparaître, générant dans le cerveau de l'enfant des représentations (ou Schémas Précoces) négatives au sens des besoins, qui les suivront dans leur vie et provoqueront des tentatives d'adaptation dysfonctionnelles : les Stratégies Précoces.

Frustration des besoins

La frustration des besoins survient lorsque l'enfant vit une carence des besoins fondamentaux dans son environnement précoce : il lui manque des éléments importants tels que la stabilité, la compréhension ou l'amour. Il acquiert alors des Schémas tels que Carence Affective et Abandon/Instabilité. Comme il n'aura pas appris à réguler ses émotions, il pourra également avoir le Schéma Contrôle de Soi Insuffisant. Comme il n'aura pas ressenti qu'on l'aimait, il en viendra à se demander s'il mérite d'être aimé (Schéma Imperfection/Honte) et aura une mauvaise estime de soi.

Exemple clinique

Bertrand, 26 ans, a un trouble de personnalité obsessionnel-compulsif. Il a toujours vu sa mère dépressive, et ce depuis aussi loin qu'il se souvienne. Son père est décrit comme rigide, exigeant, froid et punitif. Son enfance est faite de souvenirs familiaux de froideur, de manque de démonstration affective et de dialogue. À tout moment, l'ambiance familiale pouvait virer du fait de la pathologie de sa mère, ou de l'exigence critique de son père. À 10 ans, pour ne pas fatiguer sa mère, il faisait seul le ménage de sa chambre, il lavait et repassait ses affaires personnelles. L'exploration de son cas, avec des techniques cognitives et émotionnelles que nous aborderons ultérieurement, révèle des Schémas d'Instabilité, de Méfiance, d'Imperfection, et des comportements de vérification (porte, lumières, robinets), soit vis-à-vis de lui-même, soit vis-à-vis des autres (appels téléphoniques), ainsi que des rituels de ménage et de rangement ; ces attitudes ont pour but d'assurer la stabilité de son environnement personnel et de vérifier l'affection que lui apportent les autres. Il s'agit de Stratégies Précoces de prise de contrôle, par compensation de frustrations affectives. Il a développé très tôt une autonomie excessive, pour s'adapter à son environnement et compenser la frustration de ses besoins, mais cet excès d'autonomie a abouti à ce qu'il n'ait plus de vie professionnelle ni sociale.

Traumatisation infantile

En 1998, V.J. Felitti et al. [14, 30] ont publié le début d'un énorme travail entamé en 1995 au Kaiser Permanente Hospital de San Diego. Entre 1995 et 1997, 17 300 sujets adultes ont initialement intégré cette étude. Le but de cette enquête est d'étudier l'influence des traumatismes de l'enfance (*adverse childhood experiences* [ACE]) sur la santé future de l'adulte. L'étude a repéré dix catégories de traumatismes infantiles ou ACE :

- abus émotionnel (verbal) ;
- abus physique ;
- abus sexuel ;
- négligence émotionnelle ;
- négligence physique ;
- violence conjugale ;
- abus de substance dans le foyer ;

- maladie mentale ou suicide dans le foyer ;
- séparation ou divorce des parents ;
- emprisonnement d'un membre de la famille.

Deux tiers environ des participants signalaient une ou plusieurs de ces ACE dans leur enfance. Le suivi au long cours des patients déclarant 4 ACE au moins, par rapport aux sujets sans aucune ACE déclarée, a montré une augmentation nette du risque pour certains comportements et maladies :

- tabagisme – risque multiplié par 2,2 ;
- obésité sévère – risque multiplié par 1,6 ;
- dépression – risque multiplié par 4,6 ;
- tentatives de suicide – risque multiplié par 12,2 ;
- alcoolisme – risque multiplié par 7,4 ;
- usage de drogues – risque multiplié par 4,7 ;
- usage de drogues injectées – risque multiplié par 10,3 ;
- maladies sexuellement transmissibles – risque multiplié par 2,5 ;
- maladies coronariennes – risque multiplié par 2,2 ;
- cancers – risque multiplié par 1,9 ;
- bronchopneumopathie chronique obstructive – risque multiplié par 3,9 ;
- diabète – risque multiplié par 1,6 ;
- fractures osseuses – risque multiplié par 1,6 ;
- maladies hépatiques – risque multiplié par 2,4 ;
- nombre de partenaires sexuels supérieurs à 50 – risque multiplié par 3,2.

Le risque d'autres états pathologiques augmente également de façon forte : tabagisme précoce, grossesses non désirées, activité sexuelle précoce, grossesses chez l'adolescente, mort fœtale, violence sur le partenaire.

L'étude ACE – toujours en cours – conclut à l'impact fortement défavorable des traumatismes infantiles sur la santé mentale et physique de l'adulte, quelques décennies plus tard. Elle montre que les traumatismes infantiles agissent de façon négative sur le développement du système nerveux, créant ainsi des désordres émotionnels et cognitifs qui favorisent l'adoption de comportements à risque, eux-mêmes inducteurs de maladies, d'incapacité et de problèmes sociaux.

Dans ces expériences de traumatisation précoce, l'enfant est victimisé ou maltraité et il développe des Schémas de Méfiance/Abus, Carence Affective, Abandon/Instabilité, Imperfection/Honte, Peur du Danger et de la Maladie, Contrôle de Soi Insuffisant.

Exemple clinique

Jordan, 14 ans, a été retiré à sa famille à l'âge de 9 ans par décision de justice, à la suite d'une agression physique par le compagnon de sa mère, avec plaies du visage et saignement de nez. Il déclare avoir été sexuellement et physiquement abusé par plusieurs personnes dont sa mère. Extrêmement méfiant à l'égard ▷

- ▷ du thérapeute, il cherche à prendre le contrôle, à intimider et à diriger les séances. Il faudra de très nombreuses séances, étalées sur plusieurs mois, avant qu'il accepte de donner sa confiance pour aborder ses difficultés. Il présente un nanisme qui a été traité jusqu'à 13 ans par hormone de croissance, et qui est qualifié de nanisme psychosocial par les endocrinologues. La traumatisation a eu une telle répercussion sur son psychisme que le fonctionnement hypothalamo-hypophysaire en a été affecté. Il présente des Schémas de Carence Affective, d'Abandon, de Méfiance, d'Imperfection, de Contrôle de Soi Insuffisant. Il a des Stratégies d'évitement (accès boulimique, scarifications) et de compensation : menaces de violence physique, sans ne jamais blesser personne, en fait ; il se montre « dur » dans son expression faciale et sa posture corporelle.

Plus la traumatisation est précoce, et plus il y a atteinte physique du corps de l'enfant, plus le risque d'apparition d'un trouble dissociatif est élevé ; nous y reviendrons en abordant le trouble de personnalité borderline. Il faut remarquer que, dans les catégories de traumatismes infantiles listées ci-dessus, la négligence infantile a été prise en compte. Dans ces cas-là, il n'y a pas abus sur l'enfant, au sens de l'agression, qu'elle soit verbale, physique ou sexuelle. Néanmoins, ces enfants « non vus », négligés, dont personne ne s'occupe affectivement, et parfois même physiquement, peuvent être sévèrement entravés dans leur développement psychoaffectif et neurologique. Cette catégorie est tout à fait valide dans la liste des ACE.

Dans tous les cas, il y a trouble de l'attachement, dans le sens de la carence (attachement non sécurisé), l'enfant ne recevant pas la sécurité, la stabilité, l'affection dont il a besoin. Il doute dans la relation avec les personnages censés être ses donneurs de soins primaires, et par extension, dans celle avec les adultes et les autres en général. Il n'entend pas dire qu'il est une bonne personne, qu'il mérite d'être aimé et apprécié pour ses qualités. Il ne reçoit pas de soutien ni d'encouragement dans ce qu'il entreprend et manque de confiance en soi.

Excès de satisfaction des besoins

De même qu'il est mauvais de trop manger ou de trop faire travailler son corps, donc de pousser à l'excès nos besoins physiologiques, il est préjudiciable de satisfaire en excès les besoins affectifs fondamentaux. Nous avons vu plus haut, avec l'attachement insécurisé-résistant/ambivalent, que le parent qui inonde l'enfant de sa présence affective finit par provoquer chez ce dernier une réaction de rejet, laquelle témoigne d'un excès émotionnel transmis par son parent, et que l'enfant n'a pas la capacité de gérer. En plus de cette inondation émotionnelle, qui peut forger des personnalités évitantes, l'excès de zèle parental gêne l'autonomisation et l'adaptation de l'enfant et de l'adolescent dans le monde extérieur à sa famille, du fait de la constitution d'un Schéma précoce de Dépendance/Incompétence.

Par ailleurs, l'excès de satisfaction des besoins peut entraîner le manque de limites : un enfant trop valorisé, adulé, acquerra un Schéma de Droits

Personnels Exagérés/Grandeur, et se constituera un trouble de personnalité narcissique. L'absence d'apprentissage de la régulation émotionnelle et/ou des règles de vie en famille ou en société, l'excès de liberté ou d'autonomie à des périodes critiques (adolescence) développeront, de plus, un Schéma de Contrôle de Soi/Autodiscipline Insuffisants, également générateur de personnalité narcissique.

Internalisation de personnages importants

L'enfant peut adopter le fonctionnement émotionnel, cognitif ou comportemental d'un de ses parents : c'est l'internalisation ou identification, qui porte sur un personnage important pour l'enfant en tant que donneur de soins primaire. L'identification peut porter sur l'un ou l'autre des deux parents, et peut même porter sur les deux : une fille pourra adopter la Stratégie d'abnégation de sa mère, et le perfectionnisme (Schéma Idéaux Exigeants/Critique Excessive) de son père. Les identifications se font de façon sélective sur certains aspects des personnes de l'entourage proche.

Certaines de ces internalisations deviennent des Schémas, et d'autres deviennent des Stratégies. Pourquoi cette distinction ? Nous reviendrons plus loin sur les Stratégies, qui sont des Schémas conditionnels, du style « si je veux obtenir la satisfaction de tel besoin affectif fondamental... alors je dois me comporter ainsi... ». Mais voyons quelques vignettes cliniques.

Exemples d'internalisation en tant que Schéma

Une fillette, ne souffrant d'aucune carence affective, sans trouble de l'attachement, vivant dans une famille non hostile, non traumatisante, peut observer que sa mère se donne à fond pour sa famille et l'imiter en cela, considérant que c'est la façon normale de se comporter pour une fille.

Tel universitaire a été élevé dans une famille où la mère était d'un très haut niveau d'exigence et d'abnégation. Cet homme, après plusieurs dépressions, s'est décidé à consulter pour se faire aider. Il expliquait que la théorie de sa mère était : « tant qu'on n'a pas tout donné, on n'a rien donné ». La leçon fut bien retenue, car souvent répétée durant l'enfance et l'adolescence, et fut appliquée à la lettre : il ne fallait jamais refuser une supervision de thèse, un congrès, une conférence, des demandes de rendez-vous supplémentaires alors que l'agenda était plein et que la secrétaire s'évertuait vainement à y « faire de la place ». À toute demande d'autrui, la réponse était systématiquement « oui », même lorsqu'il lui était matériellement impossible de se rendre disponible. Si bien que les journées se sont allongées et que l'épuisement s'est installé. Dans ce cas, il y a identification à un Schéma maternel.

Un certain nombre de Schémas sont ainsi transgénérationnels, transmis d'une génération à une autre, et éventuellement à plusieurs générations successives. Ou bien, toujours dans les mêmes conditions de vie propices à la satisfaction de ses besoins affectifs fondamentaux, l'enfant copiera le style

perfectionniste de l'un de ses parents, même si celui-ci n'est exigeant que pour lui-même, sans être particulièrement critique ni hyper-exigeant pour ses enfants.

En revanche, si l'enfant ressent certains besoins insatisfaits (carence affective, abandon, insécurité, instabilité), il copiera d'autant plus volontiers l'abnégation de l'un des parents.

Exemples d'internalisation en tant que Schéma – Suite

Franck, joueur pathologique, apaisait dans le jeu sa culpabilité. Il avait développé une Stratégie d'Abnégation dans sa petite enfance, face à un père alcoolique qui pouvait être violent. Il se donnait à cette époque pour mission de protéger sa mère de la violence paternelle, au point d'avoir dormi une nuit dans la chambre de ses parents avec son frère cadet, dans l'idée d'une protection. Il avait 9 ans... Il imitait en cela la façon dont sa mère pouvait elle-même se soucier de ses enfants et les protéger. C'était pour lui sa façon de s'adapter à son environnement et à son Schéma d'Instabilité : pour éviter la déstabilisation de la famille, il s'était parentifié et prenait la place d'un adulte. Cette Stratégie d'abnégation s'est généralisée chez lui au point de provoquer un burn-out professionnel, puisqu'il ne refusait jamais de « rendre service » à son employeur qui, bien entendu, avait tendance à en abuser. Ces abus provoquaient des comportements d'agressivité chez Franck qui, après coup, se les reprochait et se sentait coupable. Il allait soigner sa culpabilité dans le jeu (pathologique) en dépensant de très fortes sommes au poker sur Internet. L'étude de cette culpabilité en imagerie a permis de mettre cette émotion en relation avec les moments où il se sentait responsable – et coupable – du déséquilibre familial engendré par l'alcoolisme de son père.

Le tempérament biologique détermine en partie la façon dont un individu internalise certaines caractéristiques d'un personnage proche. Par exemple, un enfant au tempérament craintif ne va probablement pas internaliser le style optimiste d'un de ses parents.

L'internalisation ira jusqu'à constituer des Modes (voir chapitre 3) : Mode Parent Punitif, Mode Parent Exigeant.

Synthèse : les Schémas et la personnalité

C'est donc à partir de l'interaction entre les besoins affectifs fondamentaux et les contraintes des expériences de vie précoces que se mettent en place des représentations mentales, ou empreintes, que l'on appelle Schémas Précoces. La plupart d'entre eux sont des représentations de la relation d'attachement du jeune enfant avec ses donneurs de soins parentaux. Ces représentations sur soi-même et ses parents vont constituer des modèles de référence inconscients sur la base desquels l'enfant, puis l'adolescent et enfin l'adulte se fonderont pour gérer leur fonctionnement personnel et relationnel. Elles peuvent être très positives, si l'attachement est sécurisé ; elles seront négatives si l'attachement est de mauvaise qualité – des Schémas négatifs se mettront en place : Carence Affective, Abandon, Imperfection, Isolement

Social, Méfiance, etc. On peut dire que ces Schémas décrivent une sorte d'état des lieux de la relation parents-enfant ; ils sont en cela très réalistes, décrivant le niveau de satisfaction (ou d'insatisfaction) des besoins affectifs fondamentaux. Si l'enfant souffre de carence affective, cela s'inscrit dans les réseaux neuronaux de ses Schémas (figures 2.11 et 2.12).

Pour chaque type de besoin se créent des Schémas qui décrivent le niveau de satisfaction du besoin. Des Stratégies se mettent en place, permettant à l'enfant de s'adapter dans l'espoir inconscient d'obtenir satisfaction de ses besoins. Seymour Epstein [29] a défini *la personnalité comme une théorie personnelle développée par un individu dans le but de satisfaire ses besoins affectifs de base. Elle est l'expression résultante de l'ensemble de ses Schémas et de ses Stratégies. Elle constitue une entité de pensées, d'émotions et de comportements qui caractérise un individu donné.*

Les 18 Schémas Précoces de Young

Young et al. [88] ont repéré 18 Schémas Précoces. Ces Schémas ont été obtenus à partir de l'exploration de nombreux patients porteurs de troubles de la personnalité, lors de leurs moments de fortes émotions. Les cognitions associées à ces moments riches en émotions négatives sont les *pensées automatiques* de Beck. Par le questionnement socratique et la technique de la *flèche descendante*, à partir de ces cognitions superficielles, on peut parvenir à des cognitions profondes appartenant aux Schémas Précoces. Ces cognitions ont été reconnues appartenir à 18 thèmes principaux de Schémas.

Certains Schémas, listés ci-dessous, décrivent des conditions que l'enfant a subies sans pouvoir choisir ; on qualifie ces Schémas d'*inconditionnels* :

- Carence Affective ;
- Abandon/Instabilité ;
- Imperfection ;

Expériences précoces de la vie

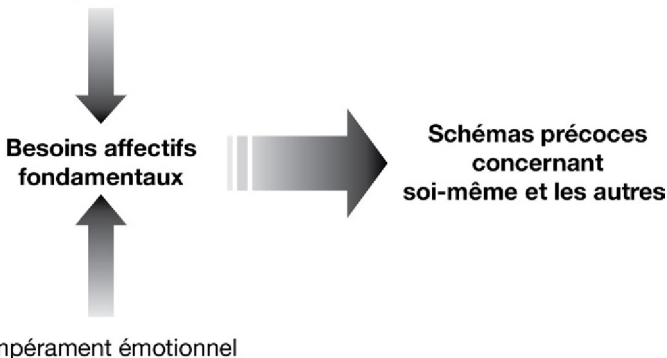


Figure 2.11. Origine des schémas – 1.

1. Frustration des besoins, traumatisation ou victimisation
2. Excès de satisfaction des besoins
3. Identification sélective avec des personnages importants (parents)

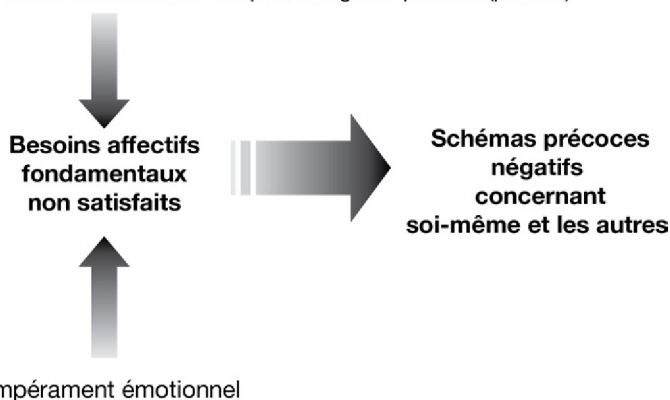


Figure 2.12. Origine des schémas – 2.

- Méfiance ;
- Isolement social ;
- Dépendance/Incompétence ;
- Peur du Danger ou de la Maladie ;
- Fusionnement/Personnalité Atrophiée ;
- Échec ;
- Négativité/Pessimisme ;
- Puniton ;
- Idéaux Exigeants/Critique Excessive (qui peut être aussi une Stratégie d'adaptation : voir plus loin) ;
- Contrôle de Soi/Autodiscipline Insuffisants ;
- Droits Personnels Exagérés/Grandeur (qui peut aussi être une Stratégie d'adaptation).

Les Schémas inconditionnels ne laissent aucun choix à l'enfant. Ils sont la conséquence des expériences précoces de vie et ils expriment l'impact de la réalité sur la vie intérieure du petit ou de l'adolescent, eu égard à ses besoins affectifs fondamentaux. Ils expriment l'insatisfaction de ces besoins.

Certains des Schémas explorés par le Questionnaire des Schémas de Young (voir annexe 1) sont des *Schémas secondaires*, ou *Schémas conditionnels*, ou *Stratégies d'adaptation*. Sous l'influence de son tempérament émotionnel, l'enfant va inconsciemment chercher à s'adapter à son environnement plus ou moins toxique, par des Stratégies d'adaptation ou Schémas conditionnels. Ces Schémas contiennent des croyances inconscientes du style : « si je veux obtenir la satisfaction de tel besoin, alors je dois me plier à agir de telle façon ». Ils contiennent donc une tendance d'action.

Ces Stratégies sont :

- Assujettissement ;
- Abnégation ;
- Recherche d'Approbation et de Reconnaissance ;
- Droits Personnels Exagérés/Grandeur (qui peut aussi être un Schéma inconditionnel) ;
- Surcontrôle Émotionnel ;
- Idéaux Exigeants/Critique Excessive (lui aussi parfois Schéma inconditionnel).

Par ses Stratégies d'adaptation, l'enfant a la possibilité d'agir sur son environnement et de modifier sa condition, dans une certaine mesure. On peut aussi dire que l'enfant cherche à répondre aux attentes des autres. Ces six Schémas conditionnels ne résument pas l'ensemble des Stratégies possibles, bien entendu, et nous verrons plus loin la grande diversité des Stratégies d'adaptation. Mais ils font partie des thèmes répétitifs que Young et ses collègues ont discerné dans les pensées automatiques des patients, ce qui explique leur présence à côté des Schémas inconditionnels dans le Questionnaire.

Pour résumer : le Schéma (inconditionnel) correspond à une condition subie par l'enfant ; la Stratégie représente une tendance d'action (inconsciente) de l'enfant en direction d'un but à atteindre.

Schémas inconditionnels (figure 2.13)

On peut regrouper les Schémas inconditionnels en quatre catégories selon le type de besoin affectif fondamental insatisfait : la carence du lien d'attachement, le manque d'autonomie, la carence de contrôle et de limites, l'excès d'autocontrôle.

Schémas Précoces liés à la carence du lien d'attachement

Les patients porteurs de Schémas appartenant à ce groupe ont un attachement précoce insécurisé, voire désorganisé ; ils ont manqué d'affection, de soutien attentionné, de sécurité, de stabilité, d'acceptation inconditionnelle, de respect ; ils ont de la difficulté à se lier aux autres de façon sécurisée et satisfaisante. Ces Schémas Précoces liés à la carence du lien d'attachement sont les plus sévères : la santé mentale de ces personnes a souvent souffert de graves préjudices, avec parfois atteinte de leur développement neuropsychique. Ces Schémas font partie du mode Enfant Vulnérable que nous aborderons ultérieurement.

Schéma d'Abandon/Instabilité

Élevés dans des familles instables, ces patients ont la perception que les personnes importantes dans leur vie manquent de stabilité ou de fiabilité, qu'elles peuvent les quitter à tout moment pour quelqu'un d'autre, qu'elles peuvent mourir, ou qu'elles sont émotionnellement instables et imprévisibles.

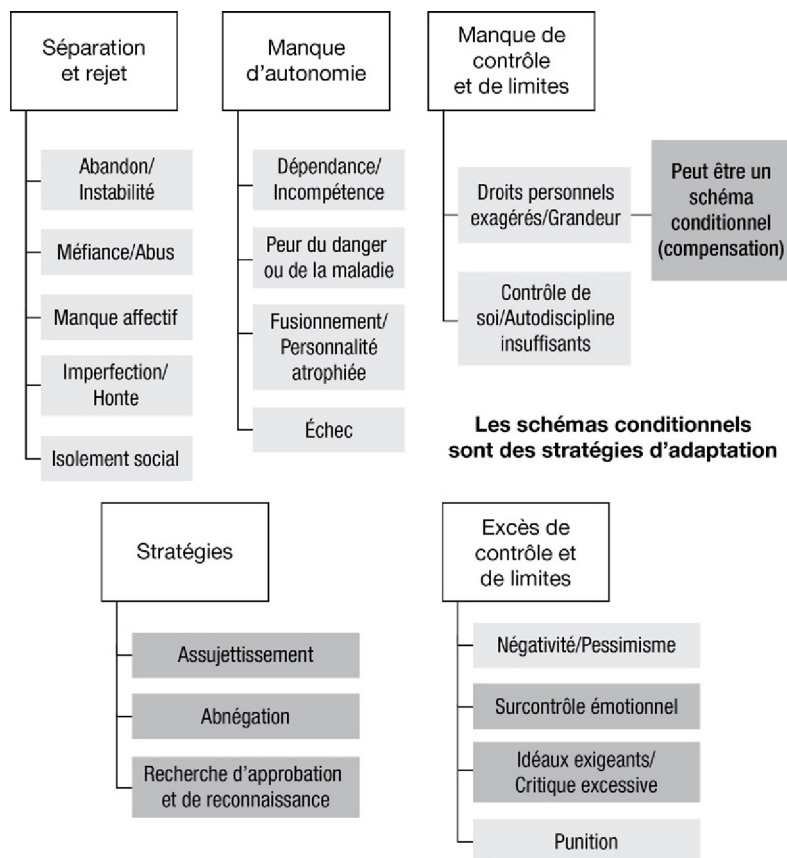


Figure 2.13. Schémas inconditionnels et conditionnels.

- Schémas inconditionnels.
- Stratégies (schémas conditionnels).

Exemples cliniques

Vincent, 5 ans, est amené par ses parents parce qu'il est agité, même violent avec ses camarades de classe et ses cousins, depuis 3 mois, ce qui constitue un changement radical par rapport à son comportement antérieur. L'enquête montre que sa tante a divorcé récemment et que l'oncle divorcé, André, auquel l'enfant était très attaché, ne fréquente plus la maison : un Schéma d'Abandon s'est installé. D'autant que la tante change souvent de domicile, ce qui inquiète sa fille, laquelle en fait part à Vincent ; abandon par l'oncle, instabilité des



- ▷ domiciles, etc. Dans ce cas, des explications adaptées et la recherche de l'oncle disparu ont apaisé l'enfant.

Franck, 20 ans, a perdu son père dans un accident de voiture lorsqu'il avait 3 mois ; il a été placé en foyer à l'âge de 10 ans, à la suite d'une décision de justice (mère maltraitante). Actuellement, il vit des difficultés sentimentales avec sa compagne. Des attaques de panique apparaissent. L'exploration de ces instants d'anxiété par l'imagerie – que nous verrons plus loin dans ce livre – révèle des souvenirs de son enfance à l'époque du foyer : il ressentait cette anxiété à la fin de chacun des week-ends où il devait quitter le domicile de sa mère pour retourner au foyer (Schéma d'Abandon).

Aurélië, 30 ans, est anxieuse depuis son enfance. Elle souffre d'agoraphobie et de claustrophobie ; elle ne peut conduire sa voiture que dans son village, et se sent en insécurité partout. L'exploration de son anxiété en imagerie rapporte des images de son enfance : lorsqu'elle avait 16 mois, et ce jusqu'à l'âge de 15 ans, ses deux parents étaient occupés par leur travail toute la semaine, et elle était confiée à une nourrice durant ce temps. Le vendredi soir, sa mère venait la chercher, ce qu'elle prenait comme un arrachement, la nourrice étant son personnage d'attachement primaire. Des scènes difficiles, dans les larmes et la peur, finissaient en menaces de punition physique (ceinture, martinet) et lorsque le père rentrait le samedi, la mère dénonçait l'attitude insupportable de la fillette qui se faisait à nouveau réprimander. Elle se confiait à son nounours dans sa chambre, lui expliquant qu'elle était toute seule et que personne ne la comprenait. Un Schéma d'Abandon/Instabilité s'est installé, qui a généré des conduites d'évitement, la plupart des lieux fréquentés étant vécus comme non sûrs et anxiogènes. Ayant toujours activé le système de Peur et celui de la Colère dans des circonstances où les personnages adultes étaient censés l'apaiser, elle n'a pas appris à se servir de son système d'Exploration ; tout lieu nouveau est vécu comme dangereux.

Cécile, 25 ans, consulte pour une hypocondrie présente depuis l'âge de 12–13 ans. Des grains de beauté la préoccupent : serait-ce un cancer ? Dans ses pensées automatiques, on note la crainte de mourir tôt, de ne pas pouvoir fonder une famille, et donc d'avoir des enfants autour d'elle, et aussi la crainte que ces lésions soient responsables d'un rejet par ses pairs et qu'elle se retrouve isolée socialement. Des acouphènes dans le cadre d'une banale otite aiguë l'inquiètent également : « Et s'ils s'amplifiaient, si je devenais sourde ? Je ne pourrais plus parler avec les autres et je me retrouverais seule ». Une « bosse » à la tête, découverte subitement, provoque de l'anxiété : « Ça pourrait grossir, j'ai peur que ça se voit et qu'on me rejette » ; à nouveau la peur de l'Abandon. Elle a très souvent la crainte que ses amis ne la laissent. L'exploration des moments d'anxiété par l'imagerie révèle des souvenirs de discorde familiale entre sa mère et sa grand-mère maternelle, des déménagements dans l'enfance qui l'ont fait se sentir isolée et une mère contrôlante qui interdisait beaucoup d'activités à l'extérieur, ce qui a causé la perte d'amis proches.

Schéma de Méfiance/Abus

La personne porteuse de ce Schéma a connu des abus émotionnels, physiques ou sexuels. Elle s'attend à ce que les autres la fassent souffrir d'une manière ou d'une autre : en la maltraitant verbalement ou physiquement, en l'utilisant, en la manipulant, et ce de façon intentionnelle. Le terme « les autres » peut englober « la société » et la personne se sent alors « victime du système », défavorisée.

Exemples cliniques

Édith (nous la reverrons un peu plus loin) se fâche à propos d'un message vocal de son thérapeute sur son téléphone : son Schéma de Méfiance l'a conduite à penser que l'auteur du message la réprimandait. Durant sa petite enfance, elle a été agressée physiquement par son père, dévalorisée par sa mère, placée en famille d'accueil à l'âge de 3 ans. Elle a du mal à penser qu'on peut s'adresser à elle avec une bonne intention.

Lucien, 50 ans, se replie brusquement sur lui-même au cours du premier entretien. L'exploration de ses pensées automatiques révélera qu'il se sentait agressé par les questions ouvertes du thérapeute : « C'est comme un interrogatoire à la police... » Il avait des Schémas d'Abandon, d'Imperfection et de Méfiance.

Schéma de Manque Affectif

Le sujet est convaincu que les autres ne pourront pas satisfaire ses besoins affectifs, en matière de *soutien affectif* (attention, chaleur affective), d'*empathie* (écoute compréhensive, partage des sentiments) et de *protection* (force, conseils).

Exemples cliniques

Paul, 16 ans, est anxieux. Depuis tout petit, il a peur des endroits élevés, des maladies et du regard des autres. Il recherche l'amitié de ses pairs en proposant des services de bricolage et en faisant de l'humour. Il a du mal à faire confiance : pourquoi les autres s'intéressent-ils à moi ? Ses parents se sont séparés lorsqu'il avait 11 ans parce que son père buvait et frappait sa mère. Depuis, ses parents règlent des comptes en se servant de leur fils et en le tenant pour responsable de leur discorde. Il reçoit beaucoup de critiques négatives de la part de ses deux parents. Son père lui a même déclaré qu'il doutait de sa paternité. Il compense son Schéma de Manque Affectif par sa Stratégie d'abnégation.

Laure, 56 ans, présente une dépression sévère et durable, après la décision de son mari de la quitter. Elle a des antécédents de dépendance à l'alcool. L'exploration en imagerie des moments de tristesse intense ramènera des souvenirs d'anxiété et de maux de ventre dans des situations qui attestent de la froideur affective et de la négligence de sa mère : seule dans une descente à ski, à 7 ans, sa mère allant plus vite qu'elle et évoluant loin devant ; malgré les appels de la fillette, la mère continue son trajet sans l'attendre, sous la neige qui tombe. À l'arrivée au bas des pistes, point de mère : l'enfant ne l'a retrouvée qu'à la ►

- ▷ voiture. La dépression actuelle fait suite au départ de son mari, qui a activé son Schéma précoce de Manque Affectif. Autre image retrouvée en imagerie diagnostique : de retour de colonie, à l'âge de 6-7 ans, après 4 semaines d'absence durant lesquelles elle n'a pas vu ses parents, la petite fille rentre avec le bus de la colonie qui la dépose dans son village à 200 mètres de son domicile, dans l'après-midi. Toute heureuse de retrouver sa maman qui est au travail avec un client dans son bureau, elle se précipite dans la pièce, se jette dans les bras de sa mère, qui lui demande très froidement d'attendre dans l'autre pièce qu'elle ait terminé. Avec un fort mal de ventre subitement apparu, la petite attend longuement sa maman. Le mal de ventre est fréquemment retrouvé, dans l'enfance et éventuellement à l'âge adulte, chez les personnes ayant un Schéma de Manque Affectif ou d'Abandon. On voit aussi dans cet exemple l'apparition d'une Stratégie Précoce : l'Assujettissement – « Si je veux que ma maman m'aime, je dois lui obéir ». Cette Stratégie se maintient chez Laure durant sa vie adulte, où elle a tendance à fréquenter des hommes qui ne la respectent pas et lui imposent leur volonté. Autre Stratégie chez Laure : le Surcontrôle Émotionnel – « Si je veux me faire aimer, je ne dois pas me plaindre ».

Schéma d'Imperfection/Honte

Des patients peu valorisés dans leur enfance par leurs personnages d'attachement, ou très critiqués par ceux-ci, voire agressés physiquement ou sexuellement, développent le sentiment qu'ils ont peu de valeur, qu'ils sont de mauvaises personnes, voire qu'ils ne sont pas des personnes humaines, mais des objets. Ils sont sensibles à la critique, au rejet et aux réprimandes ; le regard des autres a pour eux la signification d'un jugement négatif. Persuadés qu'ils sont porteurs de défauts honteux, ils cherchent à les cacher parce qu'ils les considèrent non avouables. Ces défauts qu'ils se déclarent peuvent être physiques (aspect du corps, poids, taille, couleur de peau, maladies telles qu'un diabète insulino-dépendant ou une épilepsie infantile), psychocomportementaux (signes d'anxiété, colère, manque de contrôle émotionnel, troubles psychiques divers), culturels (origine ethnique, religion), familiaux (membre de la famille suicidé, emprisonné, meurtrier, etc.), ou bien liés à des événements de leur histoire personnelle (victimes d'agression sexuelle, notamment). Le Schéma d'Imperfection/Honte est le principal agent responsable d'une mauvaise estime de soi. Il définit une insuffisance de la valeur personnelle, à laquelle le Schéma d'Idéaux Exigeants viendra éventuellement ajouter sa dureté implacable, aggravant la baisse de valeur personnelle. Il faut bien distinguer l'estime de soi, liée à la valeur personnelle, de la confiance en soi, davantage attachée à la notion de compétence et d'autonomie.

Exemples cliniques

Rachel, 29 ans, est anxieuse depuis toute petite. Dès ses 3 ans, sa mère l'a confiée à des tantes pour la garder durant son travail, et elle en garde des Schémas ▷

- ▷ d'Abandon et d'Imperfection (« je me mérite pas l'amour de mes parents », « je ne suis pas intéressante »). Après une agression sexuelle à 8 ans, le Schéma d'Imperfection s'est encore enrichi avec un sentiment de culpabilité (« j'ai fait quelque chose de mal »). Une phobie des endroits clos est apparue et, plus tard, une phobie de la conduite automobile. Tout comme Laure, dont on a parlé plus haut, elle a du mal à se sentir en sécurité dans les endroits qu'elle fréquente.

Édith, 45 ans, trouble de personnalité borderline, a eu une enfance marquée très tôt par l'insécurité : père alcoolique, violent, qui s'est livré sur elle à des attouchements génitaux ; mère violente également ; un frère aîné adolescent exhibitionniste et agressif. Critiquée pour son surpoids par ses parents et sa fratrie, elle a une très mauvaise estime d'elle-même, se comparant souvent à un chien, en souvenir des moments qu'elle passait dans le chenil chez sa grand-mère maternelle, elle aussi alcoolique : « J'aimais me mettre dans cet endroit retiré de la maison loin des adultes, et je faisais semblant d'être grande. Et je rêvais d'avoir un endroit où je suis en sécurité, d'avoir une maison comme le chien ». Ce chien était aveugle : « Je me voyais comme lui, aveugle, malade, prisonnière, en sursis, attendant l'inconnu qui finirait par arriver... Rien à espérer... Un jour on partirait... piqués tous les deux ».

Schéma d'Isolement Social

Ces personnes se sentent différentes des autres, comme isolées du reste du monde ; elles ressentent n'appartenir à aucun groupe en dehors de la famille. Il peut y avoir à cela différentes causes, qui vont de la précocité intellectuelle à la différence sociale, culturelle ou ethnique.

Exemple clinique

Perrine, 20 ans, a une personnalité évitante. Depuis l'école primaire, dès la classe de CM2, elle se sent différente des autres. Elle a peu de camarades à cet âge, car elle trouve qu'elle ne peut partager ses idées, se sent plus mûre que les autres et a pu avoir envie de monter sur la barrière du mur de la cour de récréation pour se jeter dans le vide derrière la clôture. Enfant intellectuellement précoce, elle se sent seule, et ne s'autorise pas à jouer avec les autres qui la trouvent bizarre. Très sensible, elle a été beaucoup marquée par le décès de sa grand-mère à 4 ans, personne dont elle se sentait très proche. Anxieuse socialement, ayant peur de la performance, elle se sent souvent triste et réussit mal en classe. Elle est actuellement serveuse en restauration ; au travail, elle supporte mal les plaisanteries de ses collègues qu'elle prend pour de graves injustices à son encontre : elle se rebelle de façon agressive au lieu de rebondir par l'humour et la dérision, aggravant ainsi la différence qui la sépare d'eux, et entretenant son sentiment d'isolement.

Schémas Précoces liés au manque d'autonomie

Si le système de l'attachement permet au bébé, puis au jeune enfant, de survivre en réclamant l'intervention de ses donneurs de soins parentaux, le *système d'Exploration* et le *système de l'Engagement social et du Jeu*

(voir plus haut les systèmes de Panksepp) constituent pour le petit humain un équipement physiologique qui lui permet progressivement de s'éloigner de ses donneurs de soins ; il acquerra ainsi son autonomie, en explorant son environnement et en apprenant à s'adapter socialement dans ses relations aux autres. Les *systèmes de la Peur et de la Colère* lui permettront de reconnaître les situations dangereuses et de s'en protéger. Dans cette catégorie de Schémas Précoces, l'enfant a été empêché dans l'évolution naturelle de son développement psychologique parce que ses donneurs de soins primaires ont été trop présents d'une manière ou d'une autre, gênant l'utilisation des systèmes prosociaux d'Exploration et d'Engagement social.

Cet excès parental a pu se manifester par :

- une surprotection vis-à-vis de l'environnement, un/les parent(s) exagérant, dans leurs explications à l'enfant, le danger représenté par la circulation routière, par les personnes inconnues ou les gens qui n'ont pas reçu la même éducation ; cette surprotection pourra générer des troubles phobiques ;
- une aide excessive dans les circonstances de la vie courante, soit par une surabondance de conseils, soit par l'accomplissement de tâches à la place de l'enfant, ce qui a pour effet d'empêcher ce dernier de faire son apprentissage par essais et erreurs et d'utiliser ses capacités de réflexion ;
- des exigences parentales excessives qui découragent l'enfant dans ses efforts et lui donnent le sentiment qu'il ne fera jamais rien de bien tout seul : « si je te laissais faire, rien n'avancerait jamais » ; « c'est bien trop difficile pour toi, tu ne sauras pas faire, je le ferai à ta place » ; « tu es incapable de te débrouiller seul dans la vie ».

Schéma de Dépendance/Incompétence

Les personnes porteuses de ce Schéma s'estiment incapables de se débrouiller dans leur vie quotidienne sans l'aide d'une personne qu'elles jugent compétente. L'incapacité perçue peut concerner la gestion de l'argent, les formalités administratives, la prise de décision, l'organisation du temps, la résolution de problèmes courants.

Exemple cliniques

Florent, 19 ans, étudiant en colocation avec un ami, déclare qu'il est « incapable de se débrouiller tout seul », que son colocataire gère tout (courses, factures, problèmes techniques domestiques), « parce que sa mère a toujours tout fait à sa place », en anticipation.

Maud, 23 ans, vit en couple. Elle n'a pas pu se tenir à une formation professionnelle et n'a aucun emploi. Sa mère, très présente, a toujours fait les tâches à sa place en lui assénant régulièrement qu'elle ne savait rien faire, que c'était toujours mieux lorsqu'elle (la mère) gérait elle-même seule les tâches quotidiennes.

Schéma de Peur du Danger et de la Maladie

Il est important de distinguer la peur du danger et de la maladie, d'une part, de l'hypocondrie, d'autre part. L'hypocondriaque a peur spécifiquement des maladies graves dans le sens où elles peuvent entraîner la mort ; la plupart du temps, il est porteur d'un des Schémas liés à la carence du lien d'attachement : Abandon ou Manque Affectif, comme nous l'avons vu précédemment avec l'exemple de Cécile.

Dans le Schéma de Peur du Danger et de la Maladie, il y a la notion d'une fragilité, d'une vulnérabilité, d'un besoin d'être protégé, sans nécessairement crainte de la mort. Il s'agit dans ce cas plutôt du besoin d'être rassuré par quelqu'un de fort, généralement parce que, dans son enfance, le sujet a toujours fait l'objet d'une prise en charge par un parent angoissé qui, devant le moindre symptôme physique, s'inquiétait et transmettait à l'enfant son anxiété. Petit, l'enfant n'a jamais trouvé quelqu'un de fort et sûr émotionnellement pour le rassurer et lui apprendre à envisager sereinement les petits tracas de santé de la vie courante.

Les craintes du sujet concernent l'imminence d'une catastrophe qui pourrait surgir à tout moment et face à laquelle il ne pourrait s'adapter. Cette catastrophe peut être médicale, émotionnelle (devenir fou, perdre le contrôle) ou externe (accident, agression par un criminel, catastrophe naturelle, accident d'avion).

Exemple clinique

Bertrand, 19 ans, fait des attaques de panique depuis un an et demi, date à laquelle il a quitté le domicile de ses parents pour partager un appartement d'étudiants dans une grande ville voisine, à 100 km de chez lui. Porteur d'un souffle cardiaque congénital, au sujet duquel les médecins ont toujours été rassurants, il a toujours été préoccupé par sa santé, et s'observe beaucoup lors des compétitions sportives. Lorsqu'il est anxieux pour des examens, ou lorsqu'il se couche, sa préoccupation pour sa santé s'exacerbe et il a peur de faire un malaise. Il se dit qu'il est éloigné de ses parents et qu'il ne peut donc pas demander d'aide ; que ses amis ne le comprendraient pas, qu'ils risquent de s'affoler, qu'il va les déranger. La présence d'un membre de sa famille : mère, sœur, le rassure. « Si je mourais, ma mère serait très triste, tout comme quand son père est mort. » L'imagerie révélera des souvenirs d'une mère anxieuse, qui était à l'affût du moindre symptôme inquiétant concernant la santé de son fils.

Schéma de Fusionnement/Personnalité Atrophiée

Les personnes porteuses de ce Schéma ont un attachement émotionnel et un sentiment de proximité excessifs avec une personne proche (souvent un parent) au détriment de leur individualité et de leur développement social normal, au point qu'elles considèrent que l'un des deux ne pourrait survivre, ni être heureux, sans le soutien constant de l'autre. Le patient peut se

sentir étouffé par l'autre, ou fusionné avec celui-ci, ou bien manquer d'une identité personnelle, au point de se sentir vide, sans but, et de s'interroger sur son existence propre.

Exemple clinique

Aline, 30 ans, enfant unique, traîne une dysthymie depuis son adolescence. À 15 ans, elle a présenté une anorexie qui a motivé une hospitalisation de 4 mois. Elle présente depuis toujours une phobie sociale et un sentiment d'incompétence, au point qu'elle n'est plus capable de travailler. Dès la première séance, elle parle spontanément de sa mère, très envahissante, critique, dirigiste, et de son père, violent, alcoolique. Ses parents ne s'entendaient pas, elle a assisté à de fréquentes scènes de violence entre eux ; sa mère critiquait beaucoup le père devant sa fille, tout en restant en couple avec lui. Ils ont fini par divorcer tardivement (Aline avait 20 ans). La mère n'a jamais su mettre son enfant à l'abri des comportements abusifs de son père. Dès sa petite enfance, Aline a entendu sa mère lui expliquer qu'il fallait qu'elle soit parfaite dans ses propos et son comportement pour avoir de la valeur sous le regard des autres ; que pour sa mère également, elle devait être parfaite. Les reproches étaient constants, sur son comportement et son habillement, la mère décidant de tout pour elle et la prenant comme confidente de ses difficultés existentielles, la culpabilisant lorsqu'elle n'était pas là pour elle, ne lui autorisant aucune autonomie de pensée ni de sentiment. Elle seule, sa mère, savait ce qui était bon pour elle, ce qu'elle devait penser et ressentir. Aline n'avait pas le droit de se mettre en colère ni d'exprimer des reproches ou des demandes à sa mère, car elle seule savait ce qui était bien. En plus de ses Schémas de carence d'attachement (Manque Affectif, Abandon, Imperfection, Méfiance), elle se sent vide, sans envies personnelles, sans buts existentiels, dépendant entièrement de son conjoint, et elle cherche à créer une dépendance à son thérapeute (Schéma de Personnalité Atrophiée). Dans ce cas, les deux parents n'ont pas su créer un lien d'attachement sécurisé avec leur enfant et, de plus, la mère a eu une telle emprise sur le fonctionnement émotionnel, cognitif et comportemental de sa fille que celle-ci n'a pu développer sa personnalité.

Schéma d'Échec

Les personnes qui ont ce Schéma estiment que leur vie est – et sera – semée d'échecs dans tous les domaines : scolaire, professionnel, relationnel, sportif, etc. Le sujet concerné se voit inférieur aux autres, stupide, incompétent.

Ce Schéma n'est pas toujours précoce : il peut apparaître tardivement, au cours de la scolarité ou de la période adulte, à la suite d'un ou de plusieurs échecs qui auront eu un effet traumatique sur la personne. Lorsqu'il apparaît dans l'enfance, donc en tant que Schéma Précoce, c'est généralement que le sujet a été dévalorisé par un personnage important pour lui (parent, enseignant). Notamment, les humiliations publiques en milieu scolaire ont un impact fortement traumatisant pour l'enfant en développement.

Exemple clinique

Yann, 34 ans, consulte pour des conduites addictives qui risquent d'entraîner la rupture de sa relation sentimentale : achats compulsifs, alcoolisation, tabagisme, hypersexualité avec nombreuses infidélités, et ce depuis de nombreuses années. Il n'a jamais connu son père. L'exploration des moments de forte émotion négative amène des émotions de tristesse et d'anxiété, que l'exploration en imagerie reliera à des souvenirs de critiques fréquentes par la mère, avec un sentiment d'Abandon, d'Imperfection et d'Échec : toute son enfance, cet enfant s'est entendu dire qu'il était un « bon à rien », un « raté », qu'il « ne ferait jamais rien de sa vie » ; il a vécu ses nombreuses années d'internat comme un abandon.

Schémas Précoces liés à la carence d'autocontrôle et de limites

Les patients porteurs des Schémas de ce groupe ont, pour la plupart, eu des parents qui n'ont pas su apprendre à leur enfant à réguler ses émotions ou bien ne sont pas parvenus à lui imposer la notion de limites à respecter.

Comme nous l'avons vu à propos de la régulation externe des émotions par les parents dans le cadre des soins parentaux et de l'attachement (voir p. 23-25), le petit enfant en proie à une vive émotion attend de son parent qu'il l'aide à s'apaiser. S'il observe face à lui un parent stable, qui comprend son émotion et qui réagit de façon ferme sans se trouver déstabilisé, il apprend progressivement qu'il peut, lui aussi, faire de même, qu'une émotion est un phénomène passager, sans gravité, auquel fait suite l'apaisement. Avec la répétition, il intégrera qu'il a la possibilité de s'auto-apaiser, sans forcément l'intervention d'une personne extérieure.

Schéma de Contrôle de Soi/Autodiscipline Insuffisants

Ces personnalités ne parviennent pas à s'autocontrôler de façon satisfaisante, à modérer l'expression de leurs émotions et de leurs impulsions, à tolérer la frustration et les efforts. Caractérisées par l'impulsivité, elles cherchent à éviter les confrontations, les responsabilités, les efforts en matière d'engagement et d'accomplissement personnel.

Exemple clinique

Yann, le patient dont il était question un peu plus haut pour le Schéma d'Échec, a aussi un Schéma de Contrôle de Soi Insuffisant. Il n'a jamais connu son père, et sa mère a souvent manifesté beaucoup de colère à son encontre, tolérant très mal la plupart de ses comportements et de ses états émotionnels. Lorsque Yann était bébé, sa mère était peut-être déjà incapable de l'aider à s'apaiser. Elle semble elle-même d'une grande impulsivité et n'aura sans doute pas su gérer les émotions négatives et les cris de son bébé. Avec l'autonomie de son enfant, elle n'aura pas trouvé les moyens de lui mettre de limites suffisantes, ce qui aura provoqué de nouvelles interactions émotionnellement très négatives entre elle et son fils. Ainsi, ce dernier n'a jamais appris à s'autoréguler, et il a dû, à défaut ▷

- ▷ d'un attachement sécurisé, chercher d'autres Stratégies d'apaisement, dysfonctionnelles : les addictions (alcoolisation, tabagisme, sexualité multipartenaire et intensive). Comme nous le verrons dans l'étude des Stratégies d'adaptation et des modes, les addictions sont bien souvent – dans le cas des troubles de la personnalité – des moyens par lesquels le sujet cherche à s'auto-tranquilliser (voir le mode Auto-Tranquilliseur Détaché).
-

Schéma de Droits Personnels Exagérés/Grandeur

Les sujets ayant ce Schéma s'affirment comme supérieurs aux autres, estimant que tout leur est dû, par le fait de droits spéciaux, dont ils auraient le privilège. Selon eux, les règles s'appliquant à la vie civique ne concernent que les autres et ils n'ont pas à les respecter. Celles qui s'appliquent aux relations interpersonnelles n'ont pas à être réciproques : manquant d'empathie, ils veulent pouvoir faire et obtenir ce qu'ils veulent, quelles que soient les conséquences pour les autres, vis-à-vis desquels ils se montrent très demandeurs. Dominateurs, ils ont tendance à s'imposer par la force, à exiger que leur point de vue soit le seul reconnu valable, à exercer un contrôle sur les autres dans le sens de leur avantage. Ils cherchent à être ou paraître supérieurs aux autres, par l'argent, la célébrité, et ce dans le but de détenir du pouvoir.

C'est le Schéma du trouble de personnalité narcissique. Ce Schéma peut se décliner en deux versions :

- celle du Schéma inconditionnel, qui concerne les enfants élevés par des parents qui ont manqué de fermeté dans leur éducation et qui n'ont pas su imposer le respect des règles et des limites au niveau familial. On ne leur a pas enseigné qu'ils devaient respecter les autres comme ayant autant de droits qu'eux. Ils n'ont pas appris à appliquer les règles et les lois de la société, si bien qu'ils deviennent parfois des escrocs. Ces enfants égoïstes, gâtés, sont parfois aussi issus de parents qui sont eux-mêmes narcissiques et se croient supérieurs aux autres, si bien qu'ils transmettent ce modèle à leur progéniture ;
- celle du Schéma conditionnel, qui est une Stratégie d'adaptation à une carence du lien d'attachement, comme nous le verrons plus loin. Dans ce cas, les parents ont été, au contraire, négligents des droits de l'enfant.

Exemple clinique

Cet homme de 45 ans entre dans le cabinet de consultation sans même me regarder. Sa poignée de main est impersonnelle. Il passe devant moi pour aller s'asseoir en me frôlant presque : j'ai le sentiment désagréable de ne pas exister à ses yeux. Au bout d'une demi-heure d'entretien, il me dit que, dans la salle d'attente, il a « failli attendre » (il a effectivement attendu 5 minutes). À chaque séance, il cherche à me provoquer ; par exemple en mettant les deux pieds sur son fauteuil, et les mains autour des jambes, dans le style « je suis ici chez ▷

- ▷ moi ». À ma demande étonnée sur les raisons de son geste, il répond d'une voix forte et d'un air hautain : « C'est une position fœtale ; vous devriez le savoir, si vous êtes psy ! » Narcissique pervers, ce personnage avait été reconnu coupable d'agression sexuelle sur mineurs.

Le Schéma Droit Personnels Exagérés fait plutôt souffrir autrui que le sujet lui-même.

Exemple clinique

Sandrine, 50 ans, est dépressive depuis de nombreuses années. Elle s'est entourée de compagnons qui ne la respectaient pas ; sa Stratégie d'Abnégation (voir ci-dessous) a attiré des hommes narcissiques, qui avaient repéré en elle une personne susceptible de satisfaire leurs moindres désirs sans qu'elle demande jamais à ce que les siens soient pris en compte : Sandrine ne sait pas qu'elle a le droit de se faire respecter et elle ne s'affirme pas dans ce sens. Successivement, Paul, André et Simon ont été infidèles, menteurs, manipulateurs et ont fini par la laisser pour recommencer avec d'autres femmes. Elle a le sentiment d'avoir raté sa vie amoureuse, parce qu'elle s'est laissée entraîner dans un scénario de vie où elle a reproduit avec chacun d'eux la relation *je te donne tout/je m'oublie – tu prends tout/tu ne penses qu'à toi*. Le tandem Droits Personnels Exagérés/Abnégation ou Assujettissement est une association forte et durable qui peut faire des ravages dans les couples.

Schémas Précoces liés à l'excès d'autocontrôle

Pessimistes, préoccupés, parfois obsessionnels, ces patients ont développé depuis leur enfance un contrôle excessif sur eux-mêmes : sur leurs émotions, leurs pensées et leurs actes. Ils considèrent que leur environnement, leur santé, leur mode de vie, ou l'opinion que les autres ont sur eux pourraient se modifier de façon très négative s'ils relâchaient leur vigilance. Dans tous les domaines, ils s'imposent des règles de vie strictes, en mettant au second plan leur santé, leur repos, leurs loisirs, leurs amis, leur plaisir. Dans leur enfance, ces personnes n'ont pas été encouragées à jouer, ni à exprimer spontanément leurs envies et leurs sentiments. Le jeu et la spontanéité ont été réprimés, au profit de règles auxquelles il fallait se plier avant toute chose, dans le but d'éviter la survenue d'événements négatifs dans le domaine du travail, de l'argent, de la santé, de la sécurité, du jugement des autres.

Schéma de Négativité/Pessimisme

Les personnes qui possèdent ce Schéma ont tendance à voir le verre à moitié vide plutôt qu'à moitié plein ; à penser qu'à tout moment un événement négatif peut surgir, qu'il ne faut donc pas trop se réjouir d'une situation positive. Elles minimisent les aspects positifs de l'existence, et considèrent que les dictons « tel qui rit vendredi, dimanche pleurera », ou

bien « quand on a mangé son pain blanc, on va manger son pain noir » sont des maximes de prudence qui doivent guider la vie. Les situations négatives sont attendues dans tous les domaines : études, travail, santé, finances, relations interpersonnelles. Il faut se surveiller constamment pour éviter de commettre des erreurs, dont la moindre serait fatale. Ces sujets sont soucieux, froids, insatisfaits, indécis.

Exemple clinique

Stéphanie, 38 ans, présente un trouble anxiété généralisée, avec des symptômes tels que la peur des intempéries (tempêtes de neige, du vent, des orages), la peur des endroits inconnus, de la conduite automobile loin de sa commune, la peur des maladies pour ses enfants, la peur du jugement des gens « plus instruits ». Ses parents lui ont transmis leurs peurs : sa mère a peur de la foudre et des orages, avec des attitudes incontrôlées lorsque surviennent l'éclair et le tonnerre ; elle s'affole beaucoup pour de petits tracas de santé chez les siens. Le père est un homme qui voit du risque partout : vol de clé, cambriolage, risque d'accident de voiture ; il faut donc être très prudent, bien ranger les clés, fermer à clé, entretenir les voitures, rouler prudemment, etc. Ce Schéma de Pessimisme parental a ainsi été transmis à la fille qui a développé des Stratégies de contrôle et d'évitement.

Schéma d'Idéaux Exigeants/Critique Excessive

C'est le Schéma des perfectionnistes. Pour ces personnes, le droit à l'erreur n'existe pas : toute erreur est condamnable et son auteur est un incapable. Ce Schéma commande la binarité : soit on fait les choses à la perfection, soit on est nul. Le perfectionniste ignore le continuum entre nullité et perfection, entre 0 % et 100 % de qualité. Cette exigence que le sujet s'applique à lui-même – et très souvent aux autres – le conduit à une anxiété permanente car il passe son temps à courir après un idéal de perfection qu'il ne parvient pas à atteindre. Tendue de façon permanente, il est un candidat au burn-out professionnel, face à un employeur qui demanderait toujours davantage. Toujours insatisfait, en colère contre lui-même, il a une mauvaise estime de soi, ne sait pas se détendre ni se faire plaisir. Il veut faire les choses à fond, toujours mieux, plus vite. Il a des règles de vie rigide en matière d'éthique, de culture, de religion.

Comme le Schéma précédent, ce Schéma peut être inconditionnel, transgénérationnel, lié à l'imitation d'un fonctionnement parental (internalisation).

Exemple clinique

Nathalie 39 ans, a un poste important dans une société de transports. Elle est en burn-out. Perfectionniste, hyperactive, elle veut mener à bien toutes ses tâches professionnelles et familiales à fond ; elle ne sait pas dire non ni prendre ▷

- ▷ soin d'elle. Elle a fini par s'épuiser et elle a présenté une attaque de panique sur l'autoroute en se rendant à son travail. Depuis, elle est phobique de la conduite automobile et est en arrêt de travail de longue durée pour asthénie. Dans sa famille, la mère est exigeante, stricte, anxieuse vis-à-vis du futur. Elle a transmis à sa fille son Schéma d'Idéaux Exigeants et son sens de l'abnégation. Au-delà de la prise en charge de l'épuisement et de la phobie de la conduite automobile, Nathalie devra apprendre à assouplir ses règles perfectionnistes et à prendre soin d'elle au travers d'activités agréables.
-

Le Schéma Idéaux Exigeants peut être, dans d'autres cas, un Schéma conditionnel, ou Stratégie d'adaptation, comme nous le verrons plus loin.

Schéma de Punition

Ce Schéma commande non seulement le jugement critique négatif, mais surtout l'intolérance et le besoin impérieux de punir, les autres et soi-même, pour des erreurs et des imperfections qui sont dictées par les règles morales du sujet en matière de travail, de relations interpersonnelles, d'éducation. Ces règles sont strictes, non adaptatives, et dénuées de toute empathie. Incapable de se mettre à la place de l'autre, le sujet ayant un Schéma de Punition ne peut parvenir à la compréhension d'autrui, et donc à le pardonner.

Exemple clinique

Véronique, 50 ans, a des Stratégies d'abnégation et d'assujettissement. Elle raconte des souvenirs d'enfance de punition systématique. Au cours de leur enfance, son frère, sa sœur et elle-même subissaient chaque dimanche soir un rituel immuable : leur père rentrait de la pêche ou de la chasse et leur mère dénonçait une liste de « bêtises » que les enfants avaient commises ; les trois enfants se mettaient alors en rang pour recevoir la fessée dominicale déculottée, censée avoir des vertus éducatives incontournables. La mère se retirait durant l'exécution du châtiment, en déclarant que cela ne la regardait pas, confiant la basse besogne du bourreau à son mari. Ces punitions systématiques hebdomadaires se sont produites durant des années de suite. Les parents avaient un Schéma de Punition, qui commandait une extrême sévérité, accompagnée d'une absence de jugement discriminatif et d'un mépris éhonté de toute notion de justice familiale. Ces châtiments font partie d'un mode éducatif qui a contribué à développer chez Véronique des Schémas d'Imperfection et de Manque Affectif, ainsi qu'une Stratégie de détachement émotionnel via l'intellectualisation.

Schémas conditionnels ou Stratégies d'adaptation

Rappelons que les Stratégies sont des tentatives d'adaptation, mises en place par l'enfant ou l'adolescent afin de s'adapter au mieux dans le monde qui l'entoure et d'y trouver sa place.

Dans l'ensemble, ces Stratégies (qui correspondent exactement aux mécanismes de défense et aux formations réactionnelles de la psychanalyse

classique) sont des recherches inconscientes de *satisfaction des besoins affectifs fondamentaux* du sujet. Mais elles peuvent aussi être la conséquence de l'*internalisation d'un fonctionnement parental*, ou encore le résultat de l'*empathie de l'enfant* face à la détresse d'autrui, comme dans la Stratégie d'abnégation.

Stratégie d'Assujettissement

Dans un système familial, l'autorité des parents s'exerce via l'obéissance, qui est fondée sur le respect mutuel, la compréhension et la confiance. Le parent décide de ce qui est bon pour son enfant et il va insister pour que celui-ci obéisse à des règles familiales destinées au bien-être de l'enfant, à sa bonne éducation, ainsi qu'au respect d'autrui et du fonctionnement familial.

L'Assujettissement, quant à lui, pose le sujet en tant qu'esclave soumis à un maître, en tant que vassal qui doit allégeance à son suzerain. Il commande d'exécuter sans discuter tous les ordres, toutes les demandes, émanant de l'autre, même si ces demandes n'ont aucun sens éducatif.

Celui qui ressent la Carence Affective développera peut-être une Stratégie d'Assujettissement, dont la règle est la suivante : « Si je fais tout ce qu'on me demande, alors j'arriverai à me faire aimer ». À la différence de l'obéissance, qui est fondée sur la confiance en l'adulte, l'assujettissement est une réponse à la contrainte que l'adulte applique par sa force et sa violence.

Exemples cliniques

Émilie, à 8 ans, faisait la vaisselle et le ménage, pour éviter les réprimandes et la violence verbale et physique de son père. Son père était très autoritaire, violent verbalement, physiquement et sexuellement. La mère ayant déserté le foyer, Émilie et sa sœur aînée (10 ans) avaient pour ordre d'effectuer une bonne partie des tâches de la maison. Émilie a développé un trouble de personnalité borderline.

José, fils d'immigrés portugais, consulte parce qu'il sort à peine d'une relation sentimentale douloureuse avec une femme jalouse et paranoïaque. Il s'est plié régulièrement aux exigences de celle-ci et a dû essuyer des scènes violentes à la suite de la fréquentation de femmes qu'il aurait « regardées » ou dont il a pu parler en bien. Cette compagne maintenait José dans un état de peur et de culpabilité qui entretenaient une Stratégie d'Assujettissement. Cette Stratégie remonte à l'enfance : issu d'une famille de cinq enfants, avec un père non présent affectivement et dominateur, il ne se sentait pas vu et n'a trouvé d'autre moyen pour s'adapter à son monde d'enfant que de se soumettre aux autres (Assujettissement) et de toujours passer après (Abnégation) puisque c'est le modèle qui lui était enseigné.

Stratégie d'Abnégation

Le terme anglais pour abnégation est *self-sacrifice* (sacrifice de soi). Ce mot parle de lui-même : cette attitude qui consiste à donner la priorité aux autres a bien souvent pour conséquence de se négliger soi-même. Les

états de burn-out surviennent dans une large mesure chez des personnes ayant des Stratégies Précoces telles qu'Abnégation, Assujettissement et/ou Idéaux Exigeants. Ces trois types de Stratégies sont de grandes consommatrices d'énergie mentale, dans la mesure où le sujet ne dispose, dans ces conditions, d'aucun mécanisme de protection de soi-même. En acceptant tout dans tous les domaines (travail, famille, amis), en étant exigeant avec lui-même, il en arrive au burn-out.

Exemples cliniques

Nous avons vu plus haut l'exemple de Franck qui, à 9 ans, avait dormi dans la chambre de ses parents afin de protéger sa mère contre son père alcoolique ; il cherchait à éviter la déstabilisation familiale par une Stratégie d'Abnégation. La croyance était : « Si je m'occupe bien de mes parents, alors je maintiendrai la cohésion familiale ». La Stratégie d'Abnégation commande souvent de telles attitudes de parentification du sujet. Les soignants, et notamment les psychothérapeutes, sont très fréquemment porteurs d'une Stratégie d'Abnégation.

Aînée d'une fratrie de trois, née d'un père autoritaire, violent, ne distribuant aucune marque d'affection, et d'une mère soumise, Martine, 50 ans, a développé le trio stratégique Assujettissement–Abnégation–Surcontrôle Émotionnel. Se souvenant des scènes violentes entre ses parents, des colères de son père et des pleurs de sa mère, elle a cherché à « ne pas faire de vagues », en se soumettant et en se donnant pour mission d'être celle qui, dans la famille, arrange tout, écoute, dialogue, fait passer les messages, rend service, celle qui est toujours là pour les autres et ne se plaint jamais. « Il ne faut pas pleurer, sinon maman sera triste, sinon papa va s'énerver, il risque de quitter maman. » Elle est, de façon bien compréhensible, devenue infirmière, et a épousé un homme violent, alcoolique, paranoïaque, qui la surveille, l'empêche de sortir, auquel elle est totalement soumise. Après avoir pris la décision de quitter son mari, elle demande une thérapie au cours de laquelle l'apaisement des peines et des craintes de l'enfant sera une étape initiale avant le traitement de ses Stratégies dysfonctionnelles : elle continue à agir avec les personnages de son environnement actuel comme elle fonctionnait dans son enfance avec sa famille.

Stratégie de Recherche d'Approbation et de Reconnaissance

Ces sujets accordent beaucoup d'importance au fait d'être approuvés ou reconnus par les autres : ils accordent davantage d'importance aux réactions des autres qu'à leur ressenti personnel et reconnaissent mal leur identité.

Exemple clinique

Alexandre, 30 ans, a un Schéma d'Abandon : ses parents se sont séparés lorsqu'il avait 8 ans parce que son père était violent avec son épouse et s'alcoolisait beaucoup. Le père est alors parti à l'étranger et alexandre a très peu connu son père ; il ne le voit plus du tout depuis une dizaine d'années. Il a tendance à s'isoler, à s'évader dans le sport, le travail, et à se détacher de ses émotions. ▷

- ▷ Il consulte parce qu'il est infidèle à sa compagne, que celle-ci s'en est rendu compte et qu'il a décidé de se faire aider. Il veut en effet fonder un couple stable et durable et avoir des enfants, pour lesquels il pourra être un bon père. L'analyse des situations qui provoquent les comportements d'infidélité montre qu'il cède à des sollicitations féminines, lors de rencontres sportives ou amicales : plutôt bel homme, il attire des femmes et succombe à leur charme ; il s'agit de situations subies, et non recherchées. Les pensées automatiques dans ces situations expriment le besoin d'être rassuré : « je vérifie que je plais ». Il s'agit là d'une recherche d'approbation, destinée à compenser son sentiment d'Abandon. Le traitement passera par celui du Schéma d'Abandon généré par les relations avec le père, et également par le Schéma d'Imperfection, lié à l'exigence de la mère.
-

Stratégie de Droits Personnels Exagérés/Grandeur

Le Schéma Droits Personnels Exagérés/Grandeur, vu plus haut, peut être un Schéma inconditionnel, dans le cas d'un enfant gâté, adulé par ses parents qui n'ont pas su mettre de limites. Mais ce peut aussi être un Schéma conditionnel, donc une Stratégie, en réponse à un Schéma d'Imperfection : « Si je me montre supérieur aux autres, je paraîtrai comme une personne de valeur » ; ou de Manque Affectif : « Si je me montre quelqu'un d'important, je pourrai me faire aimer ».

Stratégie de Surcontrôle Émotionnel

Ces patients sont rigoureux, stricts, froids, distants, sans humour. Ils ont appris à toujours se contrôler dans leurs actes, leurs sentiments, et leurs paroles. Ils n'expriment pas leurs émotions, par peur : 1) d'être jugés (peur de passer pour quelqu'un de faible, ou de « pas raisonnable », ou bien qui ne sait pas se contrôler), ou 2) de perdre le contrôle sur leur émotivité et devenir impulsif.

Cette Stratégie peut être transgénérationnelle, liée à l'imitation du fonctionnement parental (internalisation). Une patiente pouvait, par exemple, exprimer que les émotions n'étaient pas quelque chose de fiable : ses parents, intellectuels, froids, exprimant peu leurs émotions, lui avaient enseigné que seule la raison importait. Il était donc très important, dans cette famille, de ne pas s'écouter, se contrôler en permanence, sans rien laisser paraître. Ce Schéma peut conduire à l'alexithymie, c'est-à-dire à l'incapacité de reconnaître ses états émotionnels par le patient. Dans ce cas, le modèle parental est transmis, enseigné aux enfants.

Dans d'autres cas, le Surcontrôle Émotionnel est destiné à se protéger (« Si je pleure, ma mère me le reprochera et elle ne me comprendra pas. Si je veux qu'elle me comprenne, je ne dois pas montrer d'émotion négative » (Surcontrôle Émotionnel en réaction au Schéma de Manque Affectif). « Mon père est violent ; si je suis sage, et ne manifeste ni colère ni pleurs, je ne risque pas de me faire frapper. » « Lorsqu'il est en colère, mon père est

violent, il nous frappe, il crie après ma mère ; si je ne veux pas, comme lui, perdre le contrôle de mes actes, je dois contrôler mes émotions ».

Comme l'écrit Antonio Damasio [20] dans *L'Autre moi-même*, les états émotionnels évoluent par deux étapes successives dans le système nerveux : une première étape que l'on peut qualifier de motrice, et une deuxième, sensitive. Tout d'abord, un stimulus déclenche une réaction physiologique dans l'encéphale (dans l'amygdale, par exemple, s'il s'agit de la peur), et un *programme d'action émotionnel* concernant l'esprit et le corps se met en branle (activation du système nerveux orthosympathique, ainsi que de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, activation du cortex préfrontal et apparition de pensées automatiques liées à cette peur). Cette étape, si elle peut être perçue par l'entourage, ne le sera pas nécessairement par le sujet lui-même. Stéphane me disait lors d'une séance : « Hier, je me suis mis en colère » (parce que sa maison était en désordre). Sa compagne lui a fait remarquer qu'il criait, gesticulait, qu'il était donc en colère ; alors que lui-même ne s'en était pas rendu compte. La constatation de son état par sa compagne lui a permis de réaliser sa colère : c'est là la deuxième étape de Damasio, celle du *sentiment d'émotion* : 500 ms après l'activation de l'amygdale, l'étude de l'état émotionnel de ce patient grâce à la magnéto-encéphalographie aurait permis de mettre en évidence une activation corticale au niveau des insulas et une activation sous-corticale au niveau du tronc cérébral. Pour Damasio, le sentiment d'émotion correspond à la perception de ce que fait notre corps et de ce qui se passe dans notre esprit durant une émotion. Dans le tronc cérébral, des zones (noyau du tractus solitaire et noyau parabrachial) enregistrent les états émotionnels, permettant en cela au sujet de ressentir ces phénomènes et de les conserver sous forme de cartes du corps, créant ainsi le sentiment d'émotion. Cette étape d'enregistrement pour le futur n'est possible que s'il y a prise de conscience de l'émotion par le sujet, et si celui-ci a appris à reconnaître et repérer les diverses émotions. Dans l'exemple ci-dessus, la réflexion de sa compagne a permis à Stéphane de repérer son état émotionnel et de l'enregistrer. Toujours selon Damasio, certains des sentiments d'émotion interviendraient dans la constitution du soi : connaître ses émotions, c'est se connaître, chose que n'ont pas apprise les personnes alexithymiques.

Ainsi, un certain nombre de personnes ayant un Schéma de Surcontrôle Émotionnel ne savent pas reconnaître leurs émotions parce que celles-ci n'étaient ni reconnues ni validées par les parents.

Stratégie d'Idéaux Exigeants/Critique Excessive

Bertrand (voir p. 54), qui faisait son ménage personnel à 10 ans pour éviter de fatiguer sa mère et de faire rouspéter son père, avait un Schéma d'Instabilité et il s'adaptait par une Stratégie de perfectionnisme (Idéaux Exigeants) : « Si je me prends en charge à la perfection, je contribue au maintien de la stabilité de ma famille ».

L'enfant qui a un Schéma d'Imperfection pourra développer une Stratégie de Perfectionnisme (Idéaux Exigeants) : « Si j'arrive à être parfait, alors je pourrai me faire aimer ».

Caractéristiques des Schémas de personnalité

Ces Schémas sont des dimensions, c'est-à-dire qu'ils peuvent s'exprimer de façon plus ou moins sévère et plus ou moins envahissante (figure 2.14).

Il existe pour tous les Schémas un continuum entre la normalité et l'extrême pathologie. Prenons le cas du Schéma de Méfiance. La méfiance est, pour tout individu sain d'esprit, une qualité qui permet de se protéger : il est important de savoir discerner dans son environnement les personnes dignes de confiance et celles dont on doit – à juste titre – se méfier. Chez une personnalité évitante, on rencontre bien souvent un Schéma de Méfiance (« on va me juger négativement » est une pensée automatique qui définit une intention prêtée à autrui). Si l'on interroge le sujet évitant sur le niveau de croyance en cette pensée, hors émotion il répondra un chiffre relativement faible, et certainement pas de l'ordre de 70 à 100 %. Le trouble de personnalité paranoïaque présente lui aussi un Schéma de Méfiance, mais porté à son extrême, Dans ce cas, le Schéma est beaucoup plus rigide, générant des croyances considérées comme vraies à 100 % sur les intentions prêtées à l'ensemble de la population (« les gens sont méchants »). On définira la gravité d'un Schéma chez une personne sur le niveau de croyance (rigidité) et sur le nombre de situations qui seront visées par le Schéma (envahissement).



Figure 2.14. Les Schémas sont des dimensions.

Il en est de même, si l'on prend un autre exemple, avec la Stratégie Idéaux Exigeants. Le perfectionniste se fonde sur l'idée que tout doit être parfait, que s'il fait la moindre erreur, il ne vaut rien. La sévérité de cette Stratégie repose sur une conception binaire (tout ou rien) de la façon de bien faire les choses. La aussi, il s'agit d'une dimension. Bien faire les choses est une idée assez valable pour toute personne ; mais cette idée poussée à l'extrême, exigeant la perfection, devient pathologique et on parlera de Schéma d'Idéaux Exigeants.

Maintien des Schémas

Les Schémas Précoces sont donc mis en place au cours de l'enfance et de l'adolescence. Ils sont des représentations que forge l'enfant à propos de lui-même et de son environnement. Ils sont fondés sur la réalité et décrivent donc son vécu.

Que deviennent les Schémas Précoces ? Les années passant, l'enfant va grandir, quitter sa famille, et, progressivement, rencontrer d'autres personnes que celles qui sont à l'origine de ses Schémas. Mais il peut arriver que ses Schémas restent inchangés. Alors qu'ils décrivaient – et prédisaient – l'état de la relation entre les parents et l'enfant, qu'ils étaient l'indicateur de ce que l'enfant était en droit de s'attendre dans cette relation, ils continuent dorénavant à fonctionner comme des *a priori* qui gênent ses relations avec les autres dans le monde extrafamilial : ils deviennent inadaptés. La persistance de ces Schémas Précoces met en jeu des mécanismes de maintien que nous allons étudier. La conséquence du maintien des Schémas est la généralisation : des personnages autres que les donneurs de soins primaires sont mis en jeu par ces Schémas, lesquels se comportent comme des filtres vis-à-vis de toutes les circonstances relationnelles de la vie du sujet. Le thérapeute en fera, lui aussi, les frais : comme nous le verrons ultérieurement, la relation thérapeutique activera les Schémas et Stratégies Précoces du patient.

Distorsions cognitives et distorsions sensorielles

Distorsions cognitives

Les Schémas génèrent des distorsions cognitives. Celles-ci accentuent les informations qui confirment le Schéma et dénie les informations qui le contredisent. Elles induisent une mauvaise perception des situations et renforcent le Schéma.

Reprenons le cas de Julie (voir p. 13). Le retard de Laurent a activé le Schéma d'abandon de Julie. Dans ce moment de forte anxiété, les pensées automatiques sont les suivantes : « Il est avec une autre fille ; il va m'abandonner ». Dans son jugement émotionnel, Julie n'a pas la possibilité d'accéder à la réflexion et à la prise de recul ; elle n'envisage aucune des autres éventualités qui pourraient expliquer ce retard (bouchon dans la circulation, retard au travail, panne de voiture, achats avant de rentrer, etc.). Elle n'envisage que la cause qui va dans le sens du Schéma, sans aucune preuve. Elle réalise en cela une inférence arbitraire, l'une des distorsions cognitives mises en évidence par Beck. Elle est soumise à un jugement émotionnel : le « filtre » du Schéma n'a « laissé passer » aucune autre idée que celles qu'il contient lui-même. *Ce jugement irrationnel et étroit, qui ne retient que les cognitions du Schéma, entretient Julie dans son anxiété, et dans son sentiment d'abandon.* Cet état cognitif et émotionnel l'empêche d'accéder à la raison, en l'occurrence de se poser simplement la question : « Pourquoi est-il en retard ? » et de réfléchir à toutes les hypothèses possibles ; si bien que, après

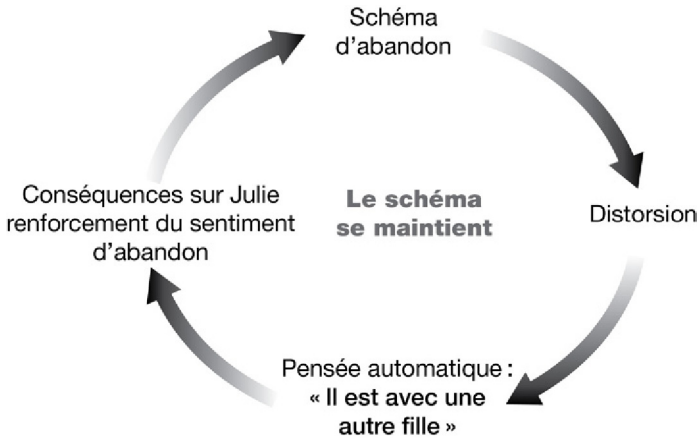


Figure 2.15. Le renforcement de Schémas par les distorsions.

avoir longuement ruminé des idées d'abandon, elle est furieuse lorsque Laurent arrive enfin. Cet exemple montre comment les distorsions cognitives du Schéma auto-entretiennent ledit Schéma (figure 2.15).

Distorsions sensorielles

Les distorsions peuvent également porter sur les perceptions sensorielles.

Exemple clinique

Édith (dont nous avons déjà parlé ; voir p. 50 et 52), qui a un trouble de personnalité borderline, n'est pas à l'heure à son deuxième rendez-vous. Au bout d'un quart d'heure, je laisse un message vocal sur le répondeur de son téléphone portable, lui exprimant que je pouvais comprendre qu'il lui était difficile de venir à sa séance parce que cela activait beaucoup d'émotions négatives chez elle, notamment la peur de l'attachement et de l'abandon, mais qu'il était important qu'elle puisse venir. La patiente arrive peu après, ayant eu des soucis de transports en commun. Je lui parle du message enregistré sur son portable. Après son départ, elle m'envoie un texto après avoir écouté le message : « Vous me dites de me bouger ! Vous croyez que je fais quoi ? Je savais bien que je finirais par vous soûler et que je ne suis qu'une merde ! » Je demande calmement par téléphone à la patiente, très angoissée, de réécouter le message plusieurs fois et de me tenir au courant. Après une heure, elle envoie un nouveau texto : « C'est exact, je suis "scotchée"... J'étais pourtant sûre que vous me disiez de me bouger... En fait vous me disiez qu'il est important que je vienne... ». L'anxiété de la patiente, sa peur de la critique et de l'abandon, ses Schémas de Méfiance, d'Abandon et d'Imperfection avaient créé une pensée automatique : « Il est en train de m'engueuler », laquelle avait interféré avec l'écoute du message et généré une distorsion auditive.

Comportements

Le sujet sélectionne les situations et les relations qui activent et maintiennent le Schéma, et il évite celles qui sont susceptibles de le modifier. Il se comporte involontairement de telle sorte que les autres sont invités à répondre négativement à son égard, contribuant eux aussi, de la sorte, au maintien du Schéma.

Exemple clinique

Pierre, 38 ans, vient consulter parce qu'il considère qu'il est « quelqu'un d'agressif ». Je lui propose donc de donner un exemple concret de cette agressivité. Il explique alors qu'il a eu une discussion récente avec sa mère, en présence de sa compagne. Lors de cette rencontre, il a réclamé à sa mère des photos de son père (récemment décédé) et de sa famille. Sa mère a refusé, d'un ton assez brutal, en disant : « Il faut que je vois, que je trie, ce n'est pas le moment. De toute façon, vous voulez toujours mettre votre nez là-dedans, ta sœur et toi ! » Pierre a alors eu quelques paroles agressives, dites sur un ton élevé, et s'est levé, avec l'envie de partir. Ce comportement, effectivement agressif, a eu des conséquences : sa mère et sa compagne lui ont fait des reproches : « Je te rappelle que je suis ta mère ! » « Tu te rends compte comment tu as parlé à ta mère ? » Quant à lui, il s'est senti coupable et s'est jugé, une fois de plus, comme agressif.

J'ai proposé, devant cet exposé, de revoir la scène au ralenti, comme suit (figure 2.16).

Thérapeute : Lorsque votre mère a refusé de sortir les photos, quelle émotion avez-vous ressentie ?

Pierre : J'étais en colère.

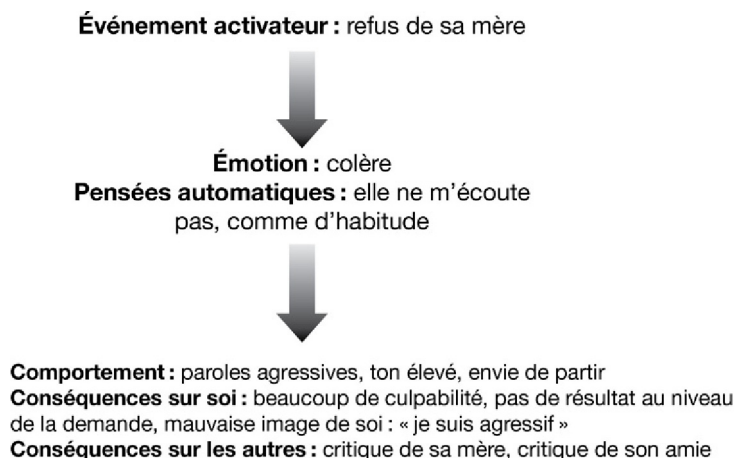


Figure 2.16. Renforcement des schémas par le comportement – 1.



▷ Thérapeute : Lorsque vous étiez en colère, à cet instant précis, quelles sont les pensées qui vont sont venues à l'esprit ?

Pierre : Elle ne m'écoute pas, comme d'habitude...

Il s'en est suivi, sur ma demande, un long récit sur son enfance et son adolescence, plein de sentiment de carence affective de la part de ses parents et de manque de considération pour l'enfant qu'il était. Après avoir Schématisé la séquence comme sur la [figure 2.16](#), j'ai proposé de distinguer le ressenti (colère, manque de considération) d'une part, du comportement (agressif) d'autre part. En entrant en empathie sur le fait que, avec les détails que je venais d'entendre sur sa jeunesse, je comprenais tout à fait sa colère et ce sentiment de ne pas être écouté cette fois encore, et que cette colère pouvait expliquer une réponse agressive. Pierre s'est alors effondré en pleurs sur son siège, en disant que « c'était la première fois qu'il se sentait écouté »...

Grâce à l'exploration guidée sur l'instant d'émotion et au questionnement socratique, ce patient s'est senti validé au niveau de ses émotions et de ses pensées automatiques. Par ailleurs, il a pu délimiter son problème : il avait sur lui une croyance qui était la conséquence de son comportement. En aucun cas ce comportement agressif ne remettait en cause la globalité de sa personne. Et nous allions pouvoir travailler sur deux plans successifs : tout d'abord sur son enfance, avec des méthodes émotionnelles (imagerie, EMDR) et cognitives ; puis sur son comportement, par les techniques d'affirmation de soi, qui lui permettront de découvrir les bonnes attitudes, affirmées, en évitant celles qui sont agressives ou inhibées.

Un des mérites d'A.T. Beck a été de faire la distinction entre plusieurs types de pensées, en fonction de leur apparition chronologique :

- les pensées qui accompagnent l'émotion (les vraies pensées dites « automatiques » de Beck, celles qui émanent d'un Schéma) : « Je ne me sens pas respecté » ;
- celles qui sont orientées vers le comportement : « J'ai envie de frapper, de partir ». Ces pensées risquent de déclencher le comportement en question. Elles sont en lien avec les Stratégies ;
- celles, enfin, qui sont des conséquences du comportement : « Je suis quelqu'un d'agressif ». Ces pensées conduisent à une auto-évaluation ; elles ont un effet sur l'estime de soi ([figure 2.17](#)).

Ces pensées consécutives au comportement ont un effet négatif dans le cas présent : elles renforcent, chez Pierre, un Schéma d'Imperfection/Honte ([figure 2.18](#)).

Il était important, pour travailler efficacement avec ce patient, qu'il réalise que la colère chez lui exprimait le sentiment de frustration lié à son Schéma de Manque Affectif ; l'évaluation qu'il faisait de lui-même était celle d'un agressif. En mettant en lumière l'origine de sa colère, il a été possible de travailler sur ce manque affectif. Cette prise de conscience a eu, en elle-même, un effet apaisant ([figure 2.19](#)).

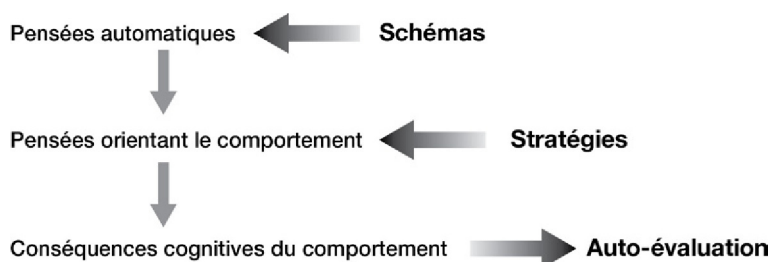


Figure 2.17. Chronologie des cognitions.

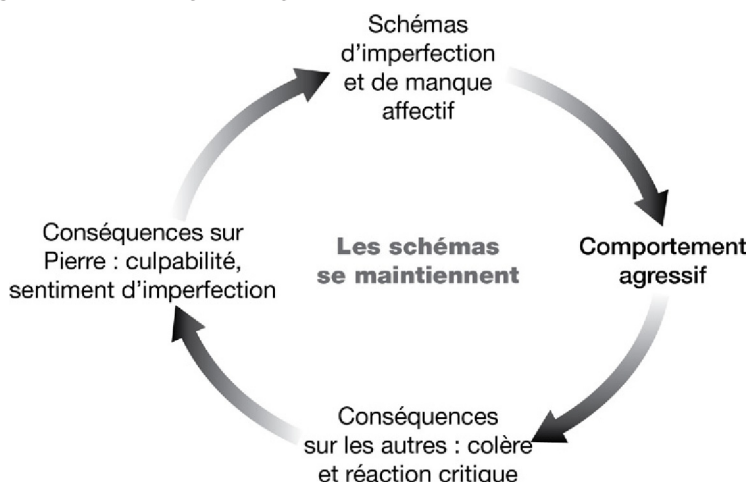


Figure 2.18. Renforcement des schémas par le comportement – 2.

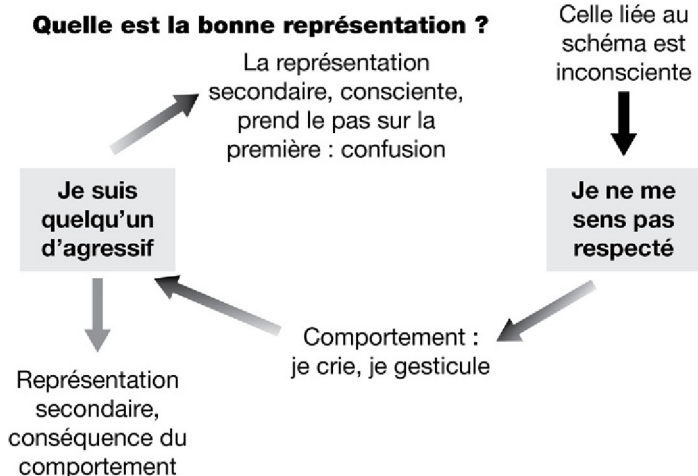


Figure 2.19. Travail sur la représentation.

Il faut donc prendre le temps, par le questionnement socratique, de rechercher les vraies « pensées automatiques », celles qui sont le reflet des Schémas.

Conséquences à court terme versus conséquences à long terme

Le renforcement au sens de B. Skinner – autrement dit le conditionnement opérant – est un type de renforcement par les conséquences immédiates du comportement : le claustrophobe apprend que, en prenant l'escalier, donc en évitant l'ascenseur, il dispose d'une action qui soulage immédiatement son anxiété. Ce constant l'incite, inconsciemment, à renouveler cette attitude d'évitement, laquelle s'inscrira automatiquement, persistant ainsi au cours du temps. On a, dans ce cas, un renforcement de l'anxiété et du comportement par les conséquences immédiates du comportement. Les conséquences à court terme renforcent les comportements.

Les conséquences à long terme, de leur côté, renforcent les Schémas. En évitant l'ascenseur, le claustrophobe renforce ses croyances – contenues dans ses Schémas – d'incompétence et ainsi son anxiété. En ayant un comportement agressif avec Laurent, Julie renforce ses Schémas d'Abandon et d'Imperfection. En étant agressif avec sa mère et devant sa compagne, Pierre renforce ses Schémas d'Imperfection et de Manque Affectif (figure 2.20).

Donc, les conséquences à court terme renforcent les comportements ; celles à long terme renforcent et maintiennent les Schémas.

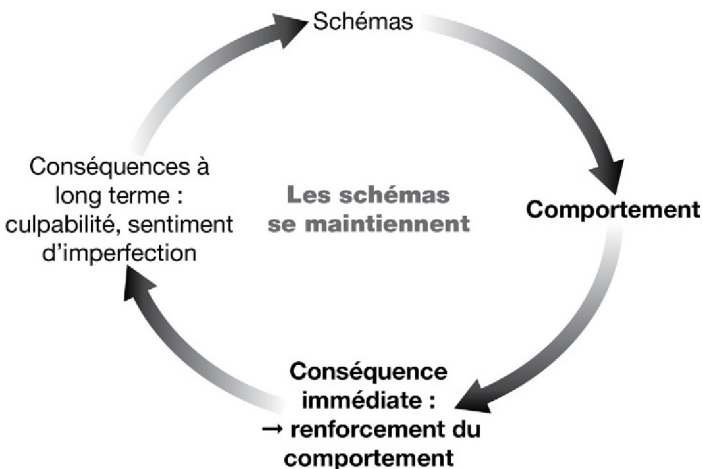


Figure 2.20. Renforcement des schémas par le comportement – 3.

Présence d'un état dissociatif

Nous reviendrons longuement (au chapitre 4) sur la notion de dissociation issue des travaux de Pierre Janet, mais disons d'ores et déjà quelques mots sur le rôle des processus dissociatifs dans le maintien des Schémas.

Le Schéma d'Abandon de Julie fait partie d'un système neuronal – que nous nommerons plus loin *Mode Enfant Vulnérable*, indépendant de la partie adulte de sa personnalité. Créé dans l'enfance, ce système est resté séparé jusqu'à l'âge adulte, en raison d'un mécanisme : la dissociation mentale.

La partie adulte – *Mode Adulte Sain* – est incapable de gérer cette partie émotionnelle infantile, dont elle cherche à tout prix à éviter les souvenirs et les émotions (peur, honte, notamment). La partie adulte est capable de bloquer les émotions et les souvenirs du Schéma : en écoutant la radio en permanence, par des accès boulimique, par l'alcoolisation, par des scarifications, etc. (voir plus loin les Stratégies d'adaptation) ; il existe une phobie de l'expérience intérieure.

Le sujet procède donc, de façon automatique et inconsciente, à un blocage cognitif et émotionnel. De ce fait, il ne peut parvenir à un niveau suffisant de conscience du Schéma pour le modifier. Une personne qui s'alcoolise ou se livre à des accès boulimiques pour « ne pas penser » ou « ne rien ressentir » se tient à distance de la douleur du Schéma, certes. Mais elle se maintient dans l'incapacité de remettre en question son Schéma, de revisiter les souvenirs pénibles qui ont contribué à la mise en place de celui-ci. Le Schéma reste donc ignoré, et cette absence de prise de conscience contribue au maintien du Schéma inchangé. Cet évitement phobique est également un facteur de maintien du processus dissociatif.

Stratégies Précoces dysfonctionnelles

Tous les éléments de maintien – cognitifs, comportementaux, dissociatifs – passés en revue précédemment s'inscrivent dans le cadre plus large des Stratégies d'adaptation dysfonctionnelles. Ces Stratégies se mettent en place dans l'enfance : elles sont des tentatives d'adaptation entre le Schéma et l'environnement, dans le but de satisfaire les besoins affectifs fondamentaux du sujet. Ces Stratégies Précoces sont souvent, comme dit plus haut, des Schémas secondaires, qui contiennent des croyances inconscientes telles que : « Si j'agis comme ceci, alors j'obtiendrai cela » (figure 2.21).

Pour un même Schéma, différentes Stratégies sont possibles, et celles-ci peuvent varier selon les périodes de la vie ou les situations. Le comportement dicté par une Stratégie est une attitude qui se veut une réponse d'adaptation à un Schéma, cette attitude étant probablement en lien avec le tempérament émotionnel de l'individu. Les Stratégies correspondent aux mécanismes de défense et aux formations réactionnelles de la psychanalyse classique. Ces tentatives d'adaptation sont en grande partie fondées sur les

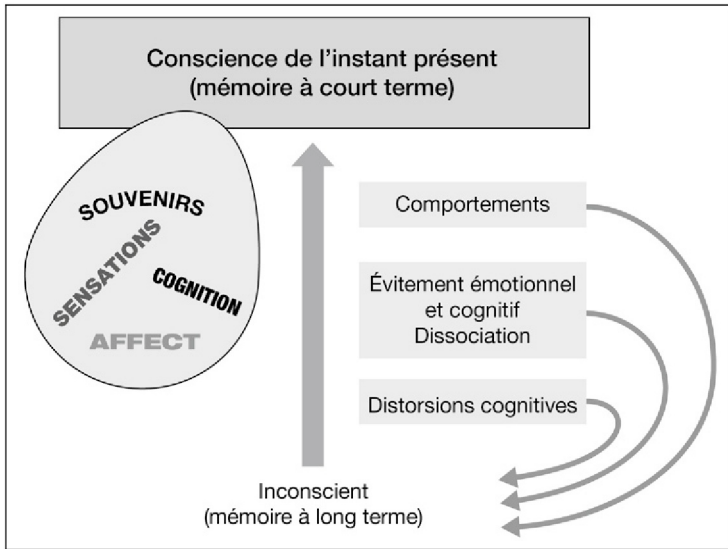


Figure 2.21. Les éléments de maintien du Schéma.

trois grands types de défense vis-à-vis du danger, commandés par le système orthosympathique : la fuite, la sidération et le combat. La fuite se manifeste dans les Stratégies d'évitement ; la sidération est présente dans les Stratégies de soumission ; et l'affrontement dans les attitudes de compensation.

Soumission au Schéma

La soumission au Schéma représente une absence de solution, un état d'impuissance. On peut dire que, dans ce cas de figure, le sujet n'a réellement trouvé aucune Stratégie d'adaptation face à son Schéma. S'il souffre de Manque Affectif, il s'entoure, dans ses relations amicales ou sentimentales, de gens qui donnent peu d'affection, sans jamais rien leur demander qui permettrait de combler cette carence d'affection. S'il présente un Schéma d'Imperfection, il choisit inconsciemment des personnes proches qui sont critiques et rejetantes. S'il a été abusé, il fréquentera des individus qui le maltraiteront, en se soumettant avec passivité à leurs abus. S'il a connu l'Abandon, il s'entourera de personnes qui ne sont pas disponibles pour s'engager avec lui de façon durable.

En quelque sorte, le sujet admet que son Schéma est justifié et que sa personne ne mérite rien d'autre que d'être maltraitée, abandonnée, rejetée. Du fait de l'absence de protection relative qu'aurait pu lui procurer une Stratégie d'évitement ou de compensation, il ressent de plein fouet la douleur et l'émotion de ses Schémas. Dans ses comportements, il répète involontairement des scénarios de vie dictés par le Schéma, revivant les expériences infantiles qui ont créé ce dernier : la négligence, l'abus, le rejet.

Il choisit des partenaires qui sont susceptibles de le traiter comme son parent négligeant ou abuseur l'a fait, se comportant ensuite avec eux d'une façon très passive qui maintient le Schéma. Il recherche l'affiliation et veut faire plaisir, être agréable (Stratégie d'Abnégation) en négligeant ses besoins personnels. Il se montre passif, se laisse dominer et diriger (Stratégie d'Assujettissement). Il peut être dépendant, collant. Il évite les conflits car il ne sait pas s'affirmer.

Au cours de la relation thérapeutique, il peut arriver qu'il joue le rôle de l'« enfant maltraité » et le thérapeute celui du « parent maltraitant ».

Évitement du Schéma

Le sujet éviteur, lui, a trouvé une « solution » à son mal-être : il adopte la politique de l'autruche, il évite de se confronter. Il essaie de vivre sans avoir conscience de son Schéma, comme si celui-ci n'existait pas ; il évite d'y penser. Il a découvert au cours de sa vie différents moyens. On rencontre deux formes d'évitement différentes : le retrait et les conduites addictives.

Évitement par retrait

Dans les Stratégies de retrait, le sujet cherche à éviter les images, les pensées et les émotions du Schéma, ou les situations qui l'activent.

Le retrait peut être comportemental et social

Le sujet s'isole des autres et manifeste un excès d'autonomie et d'indépendance, se livrant à des activités solitaires : télévision, lecture, jeux vidéo, *surf* et *chat* sur Internet, travail solitaire. Il évite les situations susceptibles d'activer son Schéma, telles que les relations intimes, les défis professionnels, ou une psychothérapie. En thérapie, il « oublie » de terminer ses tâches assignées, se retient d'exprimer ses émotions ou d'aborder des sujets ou des souvenirs pénibles, ne soulevant ainsi que des problèmes superficiels. Il arrive en retard à ses séances, ou bien met fin prématurément à sa thérapie.

Le retrait peut être psychologique

Dans ce cas, le sujet bloque les pensées et les images mentales (évitements cognitifs) susceptibles d'activer le Schéma, ainsi que les émotions (évitements émotionnels), en les chassant ou en cherchant à se distraire. Il utilise des moyens tels que la télévision ou la radio qui, restant allumées en permanence, créent un fond sonore et visuel lui permettant d'échapper à des pensées ou images mentales envahissantes pénibles. Il se détache de ses émotions (insensibilité), se sert de son imagination pour s'évader de sa réalité vers un monde idéalisé. Il dénie la réalité qui lui fait mal. Il sait se dissocier, passant pour « distrait ».

Évitement par les conduites addictives

Recherche compulsive de stimulations

Le sujet recherche la distraction par l'excitation, au travers d'achats compulsifs, d'activités sexuelles avec des partenaires multiples, de jeux de hasard, de prises de risque, d'activités sportives intensives, de recherche de la nouveauté.

Auto-apaisement addictif

Le sujet évite par des addictions mettant en jeu le corps et qui lui permettent de s'apaiser émotionnellement : alcoolisation, consommation de substances, boulimie, scarifications, masturbation excessive.

Compensation du Schéma

Dans les Stratégies de compensation, le sujet combat son Schéma par des pensées, des émotions, des comportements qui correspondent à l'*opposé du Schéma*, et ce avec excès.

S'il s'estimait sans valeur lorsqu'il était enfant, il essaie en tant qu'adulte d'être parfait.

S'il était soumis, il devient rebelle. S'il était un enfant contrôlé, il se met à contrôler les autres ou à rejeter toute forme d'influence. S'il était maltraité, il maltraite les autres. Il paraît avoir confiance en lui, mais au fond de lui il ressent le poids du Schéma. Les gens les plus admirés de notre société – stars des médias, dirigeants politiques, magnats des affaires – sont souvent des compensateurs.

La compensation peut revêtir diverses présentations :

- *agressivité, hostilité* : le sujet contre-attaque par le défi, la maltraitance, l'accusation, l'attaque ou la critique des autres personnes ;
- *dominance, affirmation de soi excessive* : le sujet contrôle les autres par des moyens directs pour parvenir à ses fins ;
- *recherche de statut, de reconnaissance* : la compensation est obtenue via un statut élevé, en cherchant à impressionner les autres, par la recherche de l'attention d'autrui, etc. ;
- *manipulation, exploitation* : le sujet satisfait ses besoins par la manipulation couverte, la séduction, la malhonnêteté ou l'escroquerie ;
- *rébellion, comportement passif-agressif* : le sujet, de façon ouverte, est d'accord pour punir les autres ; de façon couverte, il se rebelle par la procrastination, la bouderie, le retard, les plaintes, l'opposition, l'absence de performance, il « traîne les pieds » ;
- *obsessionnalité, ordre excessif* : le sujet est ordonné de façon stricte, se tient dans un autocontrôle rigoureux, il maintient un haut niveau de prédictibilité par l'ordre et l'emploi du temps ; il adhère de façon excessive à des routines ou des rituels, il est précautionneux à l'extrême. Il consacre un temps indu à la recherche du meilleur moyen pour accomplir des tâches ou pour éviter des événements désagréables.

Schémas, réponses comportementales et classifications psychiatriques

Les Schémas Précoces, que nous avons envisagés dans ce chapitre, constituent le noyau des troubles de la personnalité. Les Schémas sont des dimensions stables.

Les Stratégies Précoces, elles, ne sont pas stables dans le temps : au cours de la vie du sujet, certaines d'entre elles peuvent se modifier suivant les périodes ou les situations. Par ailleurs, les Stratégies sont indépendantes des Schémas : comme déjà dit, les Schémas expriment un vécu, donc des situations subies, alors que les Stratégies sont le reflet de tentatives – inconscientes – du sujet pour s'adapter à son environnement. Les Stratégies sont une façon d'agir du sujet, soit par évitement, soit par compensation, plutôt en lien avec le tempérament émotionnel de l'individu. On peut mettre à part les Stratégies de soumission, qui correspondent plutôt... à une absence de mécanisme d'adaptation efficace.

Si l'on considère un Schéma donné, la façon dont le sujet va répondre au travers de ses Stratégies n'est pas dictée par le Schéma : une personne souffrant de Manque Affectif pourra choisir des proches et des partenaires froids et détachés (Stratégie de soumission au Schéma), ou bien éviter les relations intimes en s'isolant et se tenant à l'écart en société (Stratégie d'évitement), ou encore demander aux autres une attention et une affection excessives (Stratégie de compensation). C'est vrai pour tous les Schémas.

Si l'on considère les classifications psychiatriques internationales en matière de troubles de la personnalité, que ce soit la CIM-10 de l'Organisation mondiale de la santé ou le DSM-5 de l'American Psychiatric Association (APA), on s'aperçoit que les catégories ainsi définies (troubles de personnalité borderline, évitant, dépendant, etc.) sont définies par des critères qui ne prennent en compte que des réponses comportementales, sans tenir compte des Schémas. Les troubles de personnalité ainsi définis sont des catégories, c'est-à-dire des syndromes cliniques qualitativement distincts, définis par des critères comportementaux. Ces modèles catégoriels présentent des limites. Tout d'abord, il existe un problème de co-occurrence de diagnostics : certains patients présentent les critères de plusieurs troubles de personnalité différents (par exemple, borderline et évitant et dépendant, simultanément). Ensuite, à l'intérieur d'une catégorie, il existe souvent une forte hétérogénéité entre les sujets : le trouble antisocial, par exemple, est fait de traits narcissiques, de traits liés au manque de contrôle, de tendance à la prise de pouvoir sur autrui, tous ces ingrédients pouvant se mélanger en une formule très variable d'un sujet à un autre. Par ailleurs, les frontières diagnostiques entre les catégories ont été jugées incohérentes, arbitraires et non validées expérimentalement. Enfin, les dix catégories de troubles de la personnalité du DSM-5 ne décrivent pas toute la pathologie, si bien qu'il a été créé un « trouble de personnalité non spécifié », vaste fourre-tout destiné à regrouper tous les sujets non identifiés par les autres catégories.

Mais il faut admettre que les troubles de la personnalité sont en fait des variantes de traits (ou dimensions) de personnalité, qui sont en continuité avec la personnalité normale, et qu'ils sont aussi en continuité les uns avec les autres. Il est donc indispensable d'utiliser des dimensions pour décrire

au mieux les différentes pathologies ; d'où l'idée, qui avait été émise lors de l'évolution du DSM de sa version 4 à la version 5, d'introduire des dimensions dans les catégories. Les auteurs du DSM ont finalement renoncé à cette approche et le DSM-5 est resté strictement catégoriel dans sa version finale.

Les critères catégoriels du DSM-5 (et aussi ceux de la CIM-10) ne tiennent compte que des réponses comportementales aux Schémas, c'est-à-dire des Stratégies. Pour les thérapeutes qui utilisent l'approche des Schémas, l'abord est directement dimensionnel, puisque les Schémas sont, par essence, des dimensions. Ces dimensions de personnalité sont stables, transcategorielles. L'utilisation des Schémas Précoces de Young permettrait une excellente évolution aux classifications catégorielles.

N'oublions donc pas que, face à un patient, même si nous avons une idée catégorielle qui se fait jour (borderline, narcissique, etc.), il nous faut chercher à pénétrer derrière la façade que représentent les comportements et aborder le cœur de la pathologie : les Schémas Précoces.

3 Les Modes

Face au travail avec les troubles de personnalité borderline, Young a progressivement fait évoluer la thérapie des Schémas vers sa présentation actuelle. En effet, les sujets porteurs de ce trouble ont de très nombreux Schémas (parfois plus de 15 !), ce qui rend le travail en termes de Schémas difficile. Par ailleurs, ils changent souvent d'état émotionnel, d'où l'idée de créer un nouveau concept, qui rende compte de ces variations d'état, le Mode de Schémas, ou plus simplement : Mode. Les Modes permettent de décrire le fonctionnement psychologique des sujets porteurs d'un trouble de personnalité borderline, mais également d'autres troubles de la personnalité, notamment antisocial, narcissique, histrionique, évitant, dépendant, obsessionnel-compulsif, paranoïaque. La notion de Mode est intrinsèquement liée à celle de dissociation, dont Pierre Janet a été le précurseur au XIX^e siècle, et que nous aborderons spécifiquement dans le chapitre 4, par souci de clarté.

Exemple

Pour présenter la notion de Modes, commençons par un exemple illustratif.

Exemple clinique

Édith, 46 ans, présente un trouble de personnalité borderline. Ses parents étaient violents, critiques, dévalorisants, alcooliques ; elle a été victime d'attouchements sexuels par son père et son frère au cours de sa petite enfance, et a subi deux viols à 25 et 36 ans. Ses Schémas principaux sont le Manque Affectif, l'Abandon, la Méfiance, l'Imperfection, l'Isolement social et la Punition.

Étape 1 – le lundi

Édith va chercher son fils à l'école maternelle : les filles de ses deux voisines ne lui adressent pas la parole et se parlent à l'oreille en la regardant. Édith se dit que leurs mères, ses voisines du lotissement où elle habite, ont dit du mal d'elle et qu'elles ne l'apprécient pas. D'ailleurs, elles ne l'invitent plus à leurs réunions, au cours desquelles elle les entend rire dans une maison voisine de la sienne. Elle ressent alors une violente tristesse rapidement mêlée de colère. Elle entre alors dans une colère de frustration, qu'elle n'arrive pas à calmer, ruminant des pensées négatives sur ses voisines (Schémas de Méfiance, Manque Affectif et d'Isolement Social) et sur elle-même (Schéma d'Imperfection). Cet état de colère dure jusqu'au lendemain : c'est le *Mode Enfant en Colère*.

Étape 2 – le mardi

Toujours en colère, Édith se lance dans une frénésie de rangement, de ménage, de nettoyage, dans l'intention d'oublier l'événement de la veille et ses pensées ▷

- ▷ négatives. Elle se lance donc dans une Stratégie d'évitement. Elle dispose d'autres Stratégies, suivent les situations : ponctions sanguines à l'aiguille, achats compulsifs, balancements des membres, grattage cutané. On parle de *Mode Auto-Tranquilliseur Détaché* pour décrire cet état durable durant lequel Édith met en place des Stratégies d'auto-apaisement compulsives.

Étape 3 – le mercredi matin

Consultation avec moi, à l'hôpital, car nous avons rendez-vous ce jour-là. Édith me fait part des faits relatés ci-dessus. (La séance suivante m'apprendra qu'elle n'ose pas, ce mercredi matin, tout me révéler de ses attitudes de la veille.) Subitement, son regard se fige, elle regarde au loin derrière moi, en direction du mur, puis elle murmure : « Elles me font faire de ces choses... » Elle s'agite brusquement, tape avec les poings contre la table de bureau devant elle, puis se lève, se jette tête contre le mur, pour enfin finir à terre où elle continue à se frapper la tête contre le sol. Il m'est impossible de la maîtriser et de l'apaiser, si bien que je dois faire appel à du personnel dans le service et demander à ce qu'elle soit gardée en observation pour la journée.

Lors de la séance suivante, l'exploration des cognitions (pensées automatiques) qui ont initié ce comportement auto-agressif me révélera des informations complémentaires sur les Stratégies du Mode Auto-Tranquilliseur Détaché du mardi : comme le rangement et le ménage intensifs de sa maison ne suffisaient pas à l'apaiser, Édith s'est connectée à Internet le soir. Sur des sites pornographiques, elle a visionné des vidéos de viol en réunion. Tout en regardant ces vidéos, elle entrait dans le scénario, en prenant la position dominante, en donnant des ordres aux violeurs sur la façon dont ils devaient abuser de leur victime, tout en se masturbant et se sodomisant elle-même avec des objets. Enfin, dans la nuit, elle finit ainsi par apaiser sa colère. Le mercredi matin, elle s'est sentie en colère contre elle-même, se reprochant son comportement de la veille au soir sur Internet, et a éprouvé le besoin impulsif et incontrôlable de se punir en se frappant la tête contre les murs et le sol : *Mode Autopunitif* (Schéma de Punition) (figure 3.1).

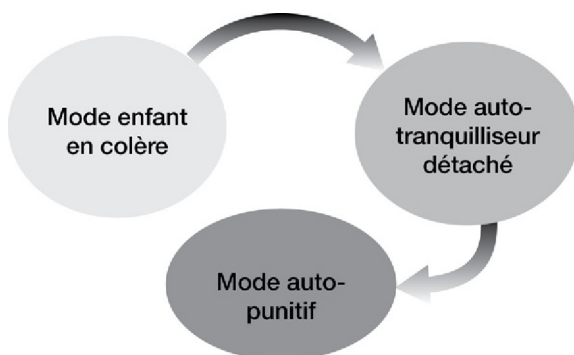


Figure 3.1. Synthèse des 3 jours.

Édith nous fournit un bon exemple de l'alternance de plusieurs modes chez une patiente porteuse d'un trouble de personnalité borderline. D'abord dans un état émotionnel très infantile, fait de colère et de frustration, l'Enfant en Colère, elle cherche à s'apaiser par des Stratégies d'évitement compulsives : Mode Auto-Tranquilliseur Détaché. Puis, face à moi, étant confrontée à la verbalisation de ses comportements de la veille, elle active automatiquement un Mode Autopunitif. L'alternance entre les Modes, comme chez Édith, évoque une fragmentation de la personnalité, selon un processus de *dissociation*.

J. Young a donc cherché à améliorer le travail avec les borderlines, en regroupant un ou plusieurs Schémas Précoces et/ou Stratégies Précoces dans un concept de type état : le Mode de Schémas ou Mode. Ce concept décrit la labilité émotionnelle et l'instabilité de la personnalité des borderlines, notamment, mais il est également applicable aux autres troubles de la personnalité. Pour mieux comprendre les implications thérapeutiques de cette notion, il est important d'aborder le trouble de personnalité borderline dans une perspective développementale.

Développement du trouble de personnalité borderline

Le diagnostic de trouble de personnalité borderline est notamment établi sur l'existence d'une impulsivité émotionnelle et comportementale et d'une instabilité de la personnalité.

Le rôle du *tempérament émotionnel*, génétiquement hérité, est admis. Pour C.R. Cloninger, les personnalités de type impulsif dont les borderlines exprimeraient de façon particulièrement élevée le Facteur de tempérament « recherche de nouveauté » [16, 17].

Sur le plan des expériences de vie de l'enfant, il a été montré l'importance des *antécédents de négligence sévère et d'abus*, que ceux-ci soient psychiques, physiques ou sexuels. Dans des études longitudinales, E. Carlson [12] et K. Lyons-Ruth [53, 54] ont montré deux types de corrélations : d'une part, l'existence d'une relation entre la mauvaise qualité relationnelle de la mère à l'âge de 24–48 mois et l'existence d'un attachement de type désorganisé ; d'autre part, la corrélation entre un attachement désorganisé chez le bébé et l'apparition de symptômes dissociatifs et de troubles de personnalité borderline à la fin de l'adolescence (17–19 ans).

Les négligences et maltraitements chez le bébé peuvent donc conduire chez l'enfant à un attachement désorganisé, et ensuite à la constitution d'un trouble de personnalité borderline. Il est bien établi que les borderlines souffrent d'une insatisfaction en matière de besoins affectifs fondamentaux, avec un *attachement de type désorganisé*. Rappelons, comme il a été vu au chapitre précédent, les travaux initiaux de Main et Solomon [58]. Dans

la Situation étrange, certains bébés de 12–18 mois n'ont aucun comportement systématisé lors des expériences de réunions/séparations : les auteurs parlent d'attachement désorganisé.

Toujours dans la Situation étrange, Main et Morgan [57], ainsi que Liotti [49] ont observé que les enfants à attachement désorganisé peuvent présenter des interruptions brutales de tout mouvement durant plus de 30 secondes, avec parfois une expression hébétée, qui indiquent un déficit attentionnel brutal. Ces enfants paraissent alors absorbés dans un monde intérieur. Ces interruptions sont suivies d'une reprise de l'activité et des mouvements comme avant la « crise », comme si de rien n'était. Il est également constaté une absence de Stratégies attentionnelles cohérentes vis-à-vis de l'adulte et des objets [56]. Ces auteurs, ainsi que F.W. Putnam [72], considèrent ces comportements comme les signes d'un *état dissociatif précoce*. Pour G. Liotti [50], la représentation mentale des relations parent-enfant serait multiple, dans les cas d'attachement désorganisé. Comme on l'a déjà vu, les bébés à attachement sécurisé construisent des Schémas Précoces d'attachement dans lesquels la relation à l'adulte est vue comme rassurante, positive, sécurisante, approuvante. Dans l'attachement insécurisé évitant, la représentation mentale de l'attachement voit la relation comme négative, insécurisante, non aidante. Dans l'attachement insécurisé résistant/ambivalent, elle est vue comme tantôt protectrice, tantôt négligente. Dans ces trois cas de style d'attachement, les trois types de Schémas d'attachement sont unifiés et cohérents, définissant une relation donnée avec l'autre. Mais dans l'attachement désorganisé, Liotti [51] pose l'hypothèse de représentations d'attachement multiples. Cette fragmentation de la représentation d'attachement est le fruit d'informations émotionnelles d'origine parentale multiples et contradictoires : lors de son interaction avec le parent, le bébé reçoit de l'aide et, en même temps, il ressent des émotions négatives (colère, tristesse, peur), si bien que le personnage auquel il s'attache incarne à la fois le réconfort, la menace et la fragilité [56] (voir, à ce sujet, au chapitre précédent, le paragraphe consacré à la biologie de l'attachement désorganisé). Le personnage parental est donc ambigu : sa personne peut mettre en jeu à la fois le système de l'attachement et des systèmes défensifs tels que la peur ou la colère. Cette vision multiple du parent induit chez le bébé la construction d'au moins trois types de représentations, qui généreront un fractionnement du moi en plusieurs parties :

- les expériences de comportements parentaux bienveillants créent une partie confiante demandeuse d'attachement ;
- les expériences de comportements parentaux imprévisibles, effrayants, violents créent une partie victime impuissante ;
- les expériences de comportements parentaux effrayés ou déprimés, émotionnellement instables, attestant de la fragilité du parent, créeraient une partie persécutrice.

Cette fragmentation des représentations d'attachement correspond à une dissociation précoce, selon G. Liotti, avec apparition de plusieurs parties dans le moi, ce qui explique la création des Modes. En effet, on peut voir dans la partie demandeuse d'attachement le Mode Enfant Heureux de Young ; dans celle qui est victime impuissante, le Mode Enfant Vulnérable ; et dans la partie persécutrice, le Mode Hypercontrôleur de Young.

Besoins affectifs fondamentaux et Modes

L'étude des bébés à attachement désorganisé montre que la carence du lien d'attachement peut entraîner un fractionnement du moi en parties que nous appelons Modes. Nous verrons plus loin que le degré de dissociation peut être variable, selon la sévérité de la négligence ou la précocité de la traumatisation subie par l'enfant.

L'exemple suivant montre le cas d'un jeune garçon qui a développé une fragmentation temporaire de son moi.

Exemple clinique

Julien, 5 ans, est amené en séance par ses deux parents. Ceux-ci ont été convoqués par l'institutrice de l'enfant (en grande section de maternelle) parce que l'enseignante dit « ne plus reconnaître » Julien depuis 3 mois. Alors que le premier trimestre de l'année scolaire s'était bien déroulé, Julien présente depuis le deuxième trimestre des modifications dans son comportement qui ont motivé la convocation de ses parents. Depuis 3 mois, l'enfant manifeste des moments d'agressivité envers ses camarades, lors des récréations notamment. Par ailleurs, il est fréquent qu'il s'isole à rêvasser, « comme dans sa bulle », dans des attitudes de mutisme et d'inactivité durant lesquelles l'institutrice a du mal à communiquer avec lui. Ces attitudes sont nouvelles, dit l'enseignante, qui constate un contraste évident par rapport au comportement de Julien lors des premiers mois de sa scolarité dans cette classe. Les parents expriment en séance qu'eux aussi ont constaté les mêmes changements chez leur enfant : à côté des moments où il semble heureux et a envie de jouer, il passe des moments à s'isoler et d'autres à se montrer agité et agressif. J'ai proposé aux parents la conceptualisation indiquée à la [figure 3.2](#)).

Les périodes d'isolement et de rêverie correspondent au Mode Protecteur Détaché, celles d'agressivité au Mode Enfant en Colère. Ce dernier Mode exprime une frustration des besoins affectifs fondamentaux et le Mode Protecteur Détaché est un état dans lequel l'enfant cherche à échapper à ses pensées et émotions négatives. Nous verrons un peu plus loin la signification de ces différents modes.

Si les besoins fondamentaux ne sont pas suffisamment satisfaits

**La personnalité se clive en plusieurs modes – par exemple
Enfant vulnérable, Enfant en colère ou Enfant indiscipliné**

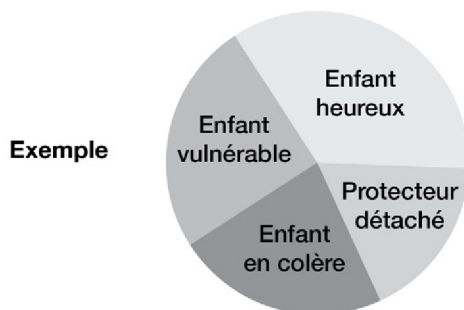


Figure 3.2. Clivage de la personnalité en Modes.

Exemple clinique – Suite

J'ai proposé de chercher la cause de la perturbation affective de Julien (mode Enfant Vulnérable). Y avait-il eu au cours des derniers mois des événements susceptibles d'avoir troublé l'enfant ? Les parents se sont regardés et m'ont fait part du divorce de la tante maternelle de Julien. « Tonton Michel », qui était une personne importante pour l'enfant – à l'évidence un personnage d'attachement – a disparu à ses yeux : on ne le voit plus, il ne donne plus de nouvelles. Par ailleurs, Julie, la cousine de Julien et la fille du couple divorcé, âgée de 7 ans, explique à son petit cousin qu'elle n'habitait pas toujours dans la même maison, dans la mesure où sa mère menait une vie sentimentale assez chaotique depuis sa séparation. On peut se représenter ce qui se passe dans la tête d'un enfant de 5 ans, qui apprend la disparition de son oncle adoré et la disparition du domicile de sa cousine : voilà un monde bien inquiétant si les personnes et les maisons peuvent, du jour au lendemain et sans explication, se volatiliser... J'ai proposé aux parents de donner à Julien des explications sur la séparation de sa tante, de le rassurer sur leur absence d'intention de se séparer, eux, ni de changer de domicile, et ai instamment demandé de retrouver le tonton Michel, cher à Julien. Ces propositions ayant été mises en application, les anomalies comportementales ont disparu chez l'enfant rapidement. Il a représenté les mêmes perturbations l'année suivante, à une époque où sa mère, dépressive, lui donnait moins d'attention et passait de longs moments au lit. Là encore, des explications sur la fatigue de la mère ont rassuré l'enfant et les anomalies ont régressé.

Dans l'exemple ci-dessus, on assiste à l'apparition puis à la disparition de Modes. Le plus souvent, on est amené à rencontrer des Modes installés depuis de nombreuses années. La création de ces modes correspond à un découpage dissociatif de la personnalité, avec apparition de plusieurs parties dans la

personnalité, ou états du moi. Julien, qui a été pris en charge rapidement, a pu être rassuré ; il a réussi à apaiser ses craintes et ne présentait pas de trouble important de l'attachement. Lorsque l'attachement a été très insécurisé – voire désorganisé –, les Modes s'installent au long cours et persistent à l'âge adulte : c'est le cas dans le trouble de personnalité borderline. Nous verrons plus loin que la dissociation peut prendre plusieurs aspects différents, depuis la dissociation physiologique, que tout le monde connaît avec la rêverie, jusqu'aux états du moi, ou encore, plus sévère, à la dissociation structurelle, que connaissent certains troubles de personnalité particulièrement graves. C'est le cas pour certains troubles borderlines, mais non tous, comme nous le verrons au chapitre 4.

Qu'est-ce qu'un Mode ?

Un Mode est un regroupement de Schémas Précoces et/ou de Stratégies Précoces actifs à un moment donné chez un individu [88].

Un Mode se manifeste par un *état émotionnel donné*, un *type de comportement donné*, un *type de pensées automatiques donné*. Selon l'événement de vie du moment, un sujet peut embrayer d'un Mode vers un autre, activant ainsi des Schémas et des Stratégies qui étaient dormants. Le Mode est donc un *état du moi*. C'est une facette de la personnalité. Sur le plan neurobiologique, tout comme le Schéma, le Mode est un réseau neuronal qui encode des souvenirs vécus, des émotions, des perceptions corporelles et sensorielles, des cognitions. Il peut être latent, inconscient, ou bien activé par un événement déclencheur. Étant un regroupement de Schémas Précoces et/ou de Stratégies Précoces, il est plus complet que chacun de ses éléments (Schémas et Stratégies) et constitue actuellement la base de travail en thérapie des Schémas.

Certains Modes sont la *persistance d'un état émotionnel infantile* (par exemple le Mode Enfant Vulnérable, caractérisé par des émotions qui sont la tristesse ou la peur, l'anxiété, la culpabilité, la honte, ou bien le Mode Enfant en Colère, qui s'exprime par de la colère). Dans ces Modes infantiles, les systèmes comportementaux décrits par Panksepp (système de la Peur, système de la Colère, système de l'Attachement) s'expriment à l'état pur ; ils se trouvent activés sans aucune modulation par la réflexion ni la prise de recul.

D'autres Modes sont des Modes défensifs : ils sont la manifestation de *Stratégies Précoces* (par exemple le Mode Protecteur Détaché, qui exprime des mécanismes d'évitement). Les trois types de Stratégies – évitement, soumission et compensation – sont l'expression des trois types de défense primitifs : fuite, sidération, combat.

D'autres Modes, enfin, représentent l'*internalisation d'un fonctionnement parental* (par exemple le Parent Punitif). Du fait du système d'attachement, l'enfant « copie » en partie le fonctionnement parental, qui sera intégré dans la structure de sa personnalité.

On peut reconnaître un Mode à l'état émotionnel qui le caractérise, dans les discours du patient sur sa vie de tous les jours. En séance, on peut aussi voir apparaître des changements d'état, c'est-à-dire l'embrayage d'un Mode vers un autre : on pourra ainsi directement observer les Modes du patient. Lorsqu'on constate l'apparition d'un mode dans les récits de vie ou en séance, on parle d'*activation* (voir les figures 3.3 à 3.6), ce qui traduit le phénomène de passage d'un Mode de l'état inconscient à l'état conscient. La figure 3.3 représente plusieurs Modes inactifs, inconscients. Dans la figure 3.4, le Mode Enfant Vulnérable s'active, avec une émotion ingérable par la partie saine (ou Mode Adulte Sain) du patient : l'émotion se manifeste à l'état pur, elle est incontrôlable et durable. Le patient peut rester dans le Mode Enfant Vulnérable de longues heures, voire plusieurs jours ou même plusieurs mois, ou plusieurs années... La figure 3.5 illustre l'apparition du Mode Protecteur Détaché : pour s'apaiser – ou pour éviter – ses émotions négatives, le sujet active des Stratégies Précoces d'évitement telles que celles vues au chapitre précédent ; il pourra ne ressentir aucune émotion, se sentir « détaché ». Dans la figure 3.6, c'est le Mode Parent Exigeant-Punitif qui s'est activé, avec des cognitions autocritiques, des idées d'autopunition : dans la conscience du patient, des mots et des idées d'origine parentale envahissent le moment présent, avec souvent une colère dirigée contre soi.

La théorie des Modes a donc été formulée initialement pour la prise en charge des patients porteurs d'un trouble de personnalité borderline. Elle s'applique également à de nombreux autres troubles de personnalité, et les patients avec qui on est amené à partager cette conceptualisation se reconnaissent très aisément dans cette description, qui est fondée sur l'exploration phénoménologique de leurs difficultés.

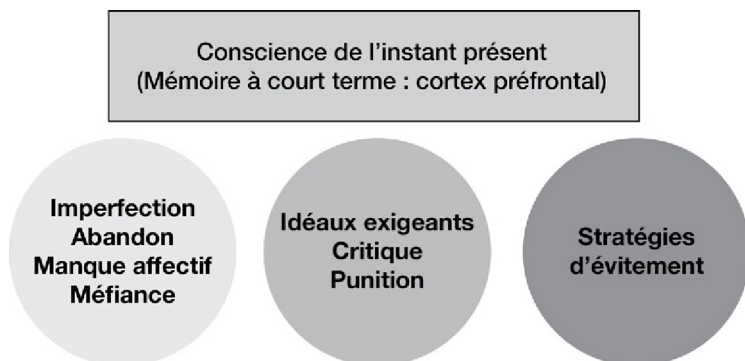


Figure 3.3. Activation des modes. 1. Modes inactifs.

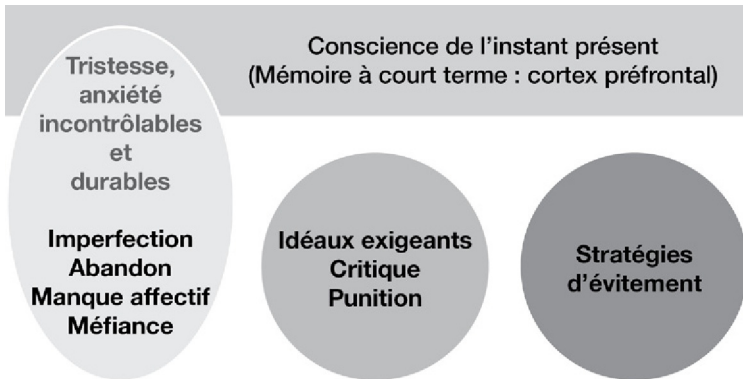


Figure 3.4. Activation des modes. 2. Activation de l'Enfant Vulnérable.

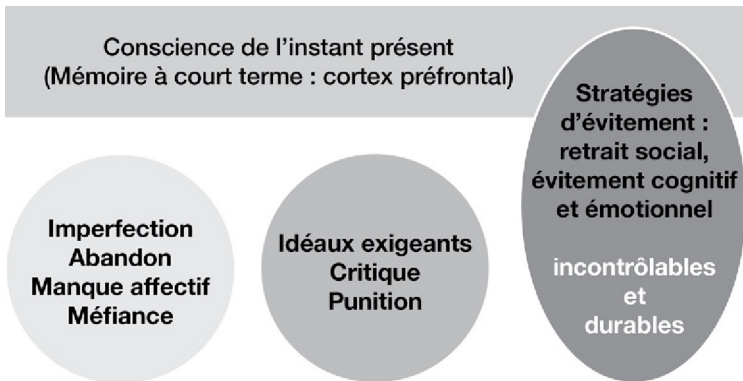


Figure 3.5. Activation des modes. 3. Activation du Protecteur Détaché.

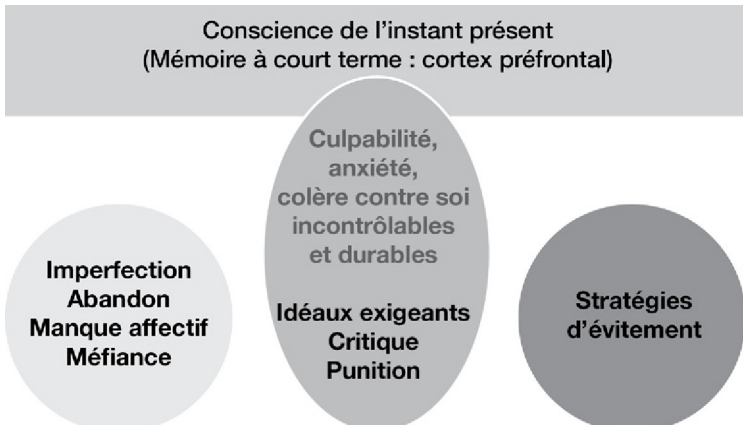


Figure 3.6. Activation des modes. 4. Parent Punitif/Exigeant.

Dans le trouble borderline, on retrouve fréquemment cinq Modes :

- le Mode Enfant Vulnérable ;
- le Mode Enfant en Colère ;
- le Mode Parent Exigeant (et/ou Punitif) ;
- le Mode Protecteur Détaché ;
- et le Mode Adulte Sain.

Nous verrons un peu plus loin la description de chacun de ces Modes.

Les modes sont des états dissociés

Un Mode est une *facette de la personnalité non complètement intégrée* avec le reste, dont elle se trouve séparée par un mécanisme dissociatif que nous aborderons au chapitre suivant.

Nous avons tous des Modes ; chez le sujet sain, le niveau de dissociation est très bas. *Le sujet sain conserve un sentiment d'unité dans sa personnalité.* Il est capable de *ressentir simultanément différents Modes*, si bien que ses Modes sont associés entre eux en un mélange, à l'intérieur duquel le sujet *peut glisser progressivement* d'un état de colère, ou d'un autre état émotionnel, vers l'apaisement. Un automobiliste qui se livre à une incivilité sur la route (irrespect d'une priorité, par exemple) peut nous mettre en colère, mais cette colère sera de courte durée. Le sujet normal est capable de faire l'expérience simultanée de plusieurs Modes (tristesse et colère au cours d'une déception, par exemple) : le système motivationnel (Panksepp) de la colère et celui de la tristesse pourront être contrôlés dans leur durée et leur intensité parce qu'ils sont intégrés dans la personnalité grâce à l'ordinateur de bord représenté par les cortex préfrontaux ; la personne reste capable de s'apaiser rapidement et de retrouver la sérénité. De plus, le sujet sain est capable de reconnaître ses Modes plus facilement qu'un sujet ayant un trouble de personnalité, et ses Modes sont *plus souples et adaptatifs*.

Dans les troubles de la personnalité, et notamment dans le trouble borderline, *chaque Mode se manifeste en monobloc, pur et intense.* Il s'active de *façon brutale*, avec envahissement de l'instant présent par une véritable fragmentation dissociative, car le sujet n'a pas acquis et intégré les Stratégies adaptées pour gérer l'émotion. Reprenons l'exemple ci-dessus d'une incivilité avec irrespect du Code de la route ; chez une personne ayant un trouble borderline, la colère peut être extrêmement intense, avec des ruminations de frustration, de désir de réparation, qui vont parfois conduire le sujet à poursuivre son « agresseur » en voiture dans un rodéo dangereux à vive allure en pleine ville... Les Modes du borderline sont rigides et inflexibles. La personnalité, fractionnée en plusieurs Modes ne possède pas de contrôle centralisé comme chez le sujet non dissocié.

Nous serons amenés, au chapitre suivant, à parler de « continuum dissociatif ». Dans ce continuum, le sujet normal présente des fluctuations

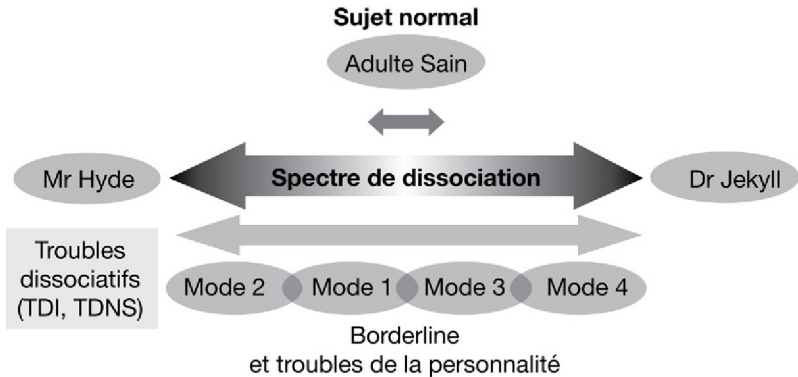


Figure 3.7. Dissociation de la personnalité.

TDI : trouble dissociatif de l'identité ; TDNS : trouble dissociatif non spécifié.

instantanées, lors des événements de vie, avec des oscillations de son état d'humeur autour d'un état de sérénité. Dans le trouble borderline, les différents Modes expriment une fragmentation de la personnalité en différents *états du moi*, séparés les uns des autres, qui s'activent et se désactivent à tour de rôle. Plus la pathologie est sévère, plus le degré de dissociation est élevé. À l'extrême, les troubles dissociatifs (comme dans l'état de stress post-traumatique, ou dans les pathologies traumatiques complexes telles que le trouble de dépersonnalisation-déréalisation ou le trouble dissociatif de l'identité) représentent la manifestation clinique de plusieurs *parties dissociatives*, indépendantes les unes des autres, notion sur laquelle nous reviendrons au chapitre 5 (figure 3.7).

Dans le cas des parties dissociatives, la personnalité est scindée en plusieurs parties, séparées de « cloisons » dissociatives responsables parfois d'une amnésie d'une partie par rapport à l'autre. Dans les états du moi, donc dans les troubles de la personnalité, il n'existe pas cette barrière d'amnésie entre les Modes : le sujet, à distance de l'activation d'un de ses Modes, peut se souvenir d'avoir été dans l'état émotionnel correspondant au Mode en question.

Un patient donné présente plusieurs Modes ; mais à un moment donné, un seul mode prédomine et détermine le comportement actuel du sujet, dans les cas d'une pathologie sévère. Ce Mode actif « éteint » les autres Modes, lesquels deviennent dormants. Ce passage – ou *embrayage* – d'un Mode vers un autre décrit bien les phénomènes cliniques observés : un changement brutal à tous les niveaux dans le fonctionnement : dans les pensées automatiques, les sentiments et les comportements, par exemple dans le trouble de personnalité borderline, ou dans le trouble antisocial. Les Modes peuvent se succéder dans une certaine logique : le Mode Parent Critique peut activer

le Mode Enfant Vulnérable, parce que celui-ci ressent la critique, par exemple. Le Mode Enfant Vulnérable peut déclencher à son tour le Mode Auto-Tranquilliseur Détaché, dans une recherche inconsciente d'apaisement, et ce sans aucun contrôle conscient du patient. Les Modes se trouvent activés en réaction à des changements dans l'environnement ou dans le ressenti du sujet, parce qu'un élément aura provoqué la sensibilité de la personne, agissant, à un niveau émotionnel, comme un bouton de mise en marche. Subitement, la présentation du sujet change, et l'observateur se trouve confronté à une autre face de la personne. Une étude d'Arntz et al. [4] a comparé la réaction de trois groupes de sujets (patients borderlines, sujets sains, patients avec troubles du cluster C) après visionnage d'un film provoquant des émotions. Les résultats montrent que le Mode Protecteur Détaché était significativement plus activé dans le groupe borderline que dans les deux autres groupes.

Description des différents Modes

Modes « Enfant »

Mode Enfant Heureux

Le Mode Enfant Heureux ne s'exprime que très peu en thérapie, car c'est l'état de l'enfant qui se sent bien. C'est celui de l'enfant dont les besoins affectifs fondamentaux ont été satisfaits, et si c'est le cas, le sujet ne sera pas amené à consulter ! Dans ce Mode, le sujet adulte qui se remémore ses souvenirs d'enfance s'y décrit comme serein, satisfait, heureux, spontané, optimiste. Il se sentait aimé par ses proches, protégé, reconnu, apprécié, écouté, soutenu. De ce fait, il se voit comme une personne valable (bonne estime de soi) et il a confiance en lui. Il est capable de relations sociales adaptées et d'une bonne insertion sociale. Il se perçoit comme compétent, autonome et vigoureux. Il n'a pas de Schémas négatifs et il n'a que des Stratégies très adaptées. Il n'a aucunement besoin d'un psychothérapeute...

Mode Enfant Vulnérable

Lorsqu'il est dans ce Mode, le patient ressent de la tristesse et de l'impuissance, ou bien de la peur et de l'anxiété ; ou encore parfois de la culpabilité, ou de la honte. Ses pensées automatiques expriment de la solitude, de l'isolement ; de l'incompréhension et l'absence d'encouragements ; il se sent incompétent, il doute de lui et se sent très vite préoccupé ; il se sent mal aimé et a une image négative de lui-même : il s'estime sans valeur, et indigne d'être aimé ; pessimiste, il ne voit pas d'espoir et se sent fragile ; méfiant, il estime qu'il ne peut compter sur personne s'il a besoin d'aide.

Il exprime ainsi les Schémas de la carence du lien d'attachement = Abandon/Instabilité, Méfiance/Abus, Manque Affectif, Imperfection, Isolement Social, mais aussi parfois Dépendance/Incompétence, Peur du Danger/Maladie, Fusionnement.

Exemple clinique

Aurore, 31 ans, consulte pour une anxiété chronique. Elle arrive à la première séance très en retard, avec sa fille de 20 mois, s'excusant de n'avoir pas pu la faire garder ce jour-là. Elle parle vite, assez fort, agitée, très affairée à faire tenir sa fille tranquille, interrompant en cela le discours où elle est censée parler d'elle pour reprendre sa fille, lui disant qu'il « ne faut pas toucher » les livres de ma bibliothèque, que « maman va se fâcher », etc. À l'évidence, elle arrive dans le Mode Protecteur Détaché (voir plus loin), afin d'éviter de ressentir des émotions négatives. Je lui explique que la présence de son enfant va empêcher tout travail psychothérapeutique ce jour, et je lui formule l'idée que, si elle a amené sa fille, et si elle est si en retard, c'est peut-être parce que cette séance l'angoisse, et qu'elle craint d'avoir à aborder des sujets qui lui sont pénibles. Son visage change alors : d'un aspect « trop sûre d'elle », Valérie passe dans un état où elle s'effondre en pleurs et demeure inconsolable pendant de longues minutes. Après lui avoir proposé, depuis l'autre côté de ma table de bureau, de prendre sa main entre les deux miennes, je finis par recevoir des confidences sur son enfance et le manque affectif qu'elle ressent depuis toute petite. J'ai en face de moi une personne de 31 ans qui me parle avec une voix d'enfant, en exprimant des sentiments de solitude et de carence affective, tout cela avec une grande tristesse. Le Mode Protecteur Détaché a cédé sa place au Mode Enfant Vulnérable.

Ce mode peut exprimer l'activation du système d'attachement. Comme on l'a vu (p. 20-21), ce système s'active lorsque le sujet se sent loin ou abandonné par son(ses) personnage(s) d'attachement, et il ressent alors une forte émotion de tristesse et de douleur morale. Le patient ne parvenant pas à s'apaiser émotionnellement (donc à désactiver le système d'attachement), il peut demeurer dépressif au long cours. Laure, 56 ans, dont on a déjà parlé à propos du Schéma de Manque Affectif, présente une dépression durable, depuis que son mari l'a quittée il y a 2 ans. Elle est en permanence dans le Mode Enfant Vulnérable, avec le sentiment de ne pas être aimée ni digne d'être aimée. L'exploration en imagerie retrouve des situations de l'enfance au cours desquelles elle vit un profond sentiment de négligence de la part de ses parents. La dépression actuelle fait suite au départ de son mari, qui a réactivé son Mode Enfant Vulnérable. La thérapie, fondée sur le traitement du Mode Enfant Vulnérable et le sentiment de manque affectif, permettra d'apaiser le système de l'attachement et de guérir la dysthymie.

Ce mode peut aussi exprimer l'activation du système de la peur de Panksepp (p. 26).

Exemple clinique

Aurélië, 30 ans, est une patiente à laquelle il a été fait allusion dans le cadre du Schéma d'Abandon. Elle est anxieuse depuis son enfance. Elle souffre d'agoraphobie et de claustrophobie et se sent en insécurité partout. L'exploration de ▷

- ▷ son anxiété en imagerie rapporte des images de son enfance qui montrent un attachement insécurisé avec ses parents et un sentiment d'insécurité remontant à sa petite enfance. Un Schéma d'Abandon/Instabilité s'est installé, avec activation du système de la peur ; cette activation permanente empêche toute exploration sereine de l'environnement, ce qui a généré des conduites d'évitement.
-

Le Mode Enfant Vulnérable est le centre des troubles de personnalité, et le point de départ de la plupart des prises en charge en thérapie des Schémas. C'est une partie que le thérapeute va devoir reparenter par de l'écoute, du soutien, par la création d'un lien d'attachement, avant d'aborder d'autres aspects du traitement.

Mode Enfant en Colère

Dans ce Mode, le sujet se sent très en colère, parfois de façon tellement intense qu'il se montre furieux, enragé. Les pensées automatiques qu'il décrit témoignent d'un sentiment de frustration, d'injustice, d'impatience, parce que ses besoins de base, émotionnels ou même physiques, ne sont pas satisfaits. Les Schémas Précoces concernés sont à peu près les mêmes que ceux du Mode Enfant Vulnérable, dont il est très proche : Abandon, Manque Affectif, Méfiance/Abus. Le Mode Enfant en Colère peut devenir violent et agresser les autres ou les objets qui l'entourent : c'est l'Enfant Furieux, comme dans l'exemple ci-dessous.

Exemple clinique

Julia, 50 ans, présente un trouble de personnalité borderline. Elle décrit, dans les situations où elle ressent de l'injustice ou de l'humiliation, des accès de très forte colère, pouvant durer plusieurs heures, et dont elle a beaucoup de mal à s'extraire. Elle raconte l'épisode suivant. Son employeur, qui se trouve être également le propriétaire de l'appartement qu'elle loue, la convoque pour lui signifier qu'il ne tolère pas son homosexualité. Julia demande s'il a quelque chose à lui reprocher sur son attitude dans son travail et l'employeur répond que non. Elle demande également s'il a eu à se plaindre de son comportement vis-à-vis des voisins de son appartement et la réponse est encore non. C'est son état d'homosexuelle qui lui est reproché, et non un comportement quelconque. Julia quitte ce rendez-vous furieuse, en claquant la porte. Arrivée chez elle, elle met son appartement sens dessus-dessous, brisant des objets, et ce pendant plusieurs heures. Puis, elle finit accroupie sous une table, en chien de fusil, dans une attitude quasi autistique. L'injustice et l'humiliation dont elle venait de faire l'objet l'avaient fait basculer dans son Mode Enfant Furieux, auquel a succédé un état d'isolement qui est celui de l'Enfant Vulnérable.

Dans cet exemple, la colère incontrôlable, à l'état brut, exprime l'activation du système de la colère au sens de Panksepp. Cet état ne parvient pas à se « débrancher » chez cette patiente borderline, ce qui est un phénomène assez courant.

Le seul fait d'exprimer une forte colère ne signifie pas ipso facto que le sujet est dans un Mode Enfant en Colère, comme nous allons le voir avec le Mode suivant ; ce sont les pensées automatiques qui permettent de distinguer entre les divers types de Modes. Le Mode Enfant en Colère doit également être reparenté dans le sens du soutien affectif, tout comme le Mode Enfant Vulnérable.

Mode Enfant Impulsif/Indiscipliné

Le *Mode Enfant Impulsif* est, lui aussi, caractérisé par une émotion : la colère. Mais à la différence du Mode Enfant en Colère, le sujet qui se trouve dans ce Mode décrit des pensées automatiques qui sont différentes. Cette colère n'est pas provoquée par une insatisfaction des besoins affectifs fondamentaux, mais par une *frustration liée à des désirs ou des pulsions indépendants des besoins de base*. Le sujet va se sentir très en colère, furieux, se dire frustré, impatient, parce qu'il n'obtient pas ce qu'il veut, quand il veut. Lui aussi pourra être agressif avec les autres et avec les objets. Il voudrait être en capacité d'agir comme il veut, sans tenir compte des conséquences, et il peut se montrer « gâté ». Il lui est difficile de ne pas avoir tout de suite ce qu'il désire, car il a du mal à différer une gratification à court terme.

Le *Mode Enfant Indiscipliné* exprime lui aussi de la colère ; il ne parvient pas à se forcer à achever des tâches ennuyeuses ou routinières, il se sent très vite frustré et abandonne. Il ne parvient pas à se priver d'une gratification à court terme, au profit d'une gratification à long terme.

Les Schémas dans ces modes ne sont pas ceux liés à la carence d'attachement, mais plutôt ceux qui témoignent d'une carence d'autocontrôle et de limites : Droits Personnels Exagérés et Manque de Contrôle/d'Autodiscipline. Le reparentage consistera en la mise en place de limites et l'apprentissage de l'auto-apaisement.

Modes stratégiques

Les Modes Stratégiques sont caractérisés et définis par leurs manifestations comportementales. Ce sont eux que décrivent les catégories des troubles de personnalité dans les classifications internationales : la personnalité évitante est caractérisée par un Mode, le Protecteur Détaché. La personnalité obsessionnelle-compulsive possède un Mode Hypercompensateur. Les catégories des classifications se contentent donc de décrire des stratégies. Mais un sujet qui a une personnalité évitante a aussi un Mode Enfant Vulnérable, entre autres. Celui qui a une personnalité obsessionnelle-compulsive a également un Mode Enfant Vulnérable, et peut-être aussi un Mode Parent Exigeant, etc. Les troubles de la personnalité ne peuvent pas – et ne doivent donc pas – se trouver résumés par ces Modes Stratégiques, et donc par ces descriptions catégorielles. Heureusement, les dimensions que sont les Schémas Précoces viennent compléter la conceptualisation.

Les *Modes stratégiques* sont constitués de *Stratégies Précoces*, tentatives d'adaptation que l'enfant a mises inconsciemment en place pour chercher à s'intégrer à son environnement de vie. Ces *Stratégies* sont dysfonctionnelles, comme on l'a déjà vu, car elles finissent par être contre-productives et empêcher le sujet, devenu adolescent puis adulte, d'être autonome dans son affectivité et sa vie quotidienne.

Le traitement des *Modes stratégiques* est lui aussi essentiel dans le traitement des troubles de la personnalité, car les *Stratégies* contribuent au maintien des *Schémas*, comme on l'a dit plus haut également.

Mode de soumission : le Soumis Obéissant

Comme nous l'avons déjà vu, le Soumis Obéissant n'a aucune *Stratégie*. Il ne sait qu'obéir, écouter, être d'accord, il ne sait pas s'affirmer. Il agit envers les autres d'une façon passive, servile, soumise. Il cherche l'approbation ou s'autodévalorise, par peur du conflit ou du rejet. Il tolère les mauvais traitements. Il n'exprime pas aux autres ses désirs ou ses besoins. Dans ses relations amicales et sentimentales, il choisit des personnes (et s'engage dans des comportements) qui maintiennent sa *Stratégie* de soumission.

Exemple clinique

Frédéric, 45 ans, travaille dans une banque dont il laisse les clients l'agresser verbalement, mal le considérer, et exiger de lui des faveurs spéciales. Même si cela ne lui convient pas, il ne sait pas dire non ni se faire respecter. Il a des difficultés relationnelles avec des collaborateurs peu conciliants, car il ne sait pas gérer les conflits. Il consulte pour une dysthymie qui traîne depuis son adolescence. L'exploration en imagerie de ses moments de tristesse rapportera des souvenirs remontant à sa petite enfance durant laquelle, enfant unique et non désiré, il a souffert d'une grande négligence et maltraitance de la part de ses parents. Ceux-ci, ayant cherché à s'établir en Amérique du Sud, avaient déménagé depuis la France lorsque le petit garçon avait 5 ans. L'enfant s'est ainsi retrouvé dans un milieu précaire et hostile, en forêt tropicale, très isolé de tout autre enfant et exposé à l'insécurité dans une maison très peu sécurisée qui l'effrayait, avec tous les petits mammifères qui circulaient aisément la nuit dans cette habitation sans fermetures. Les nuits sont des moments de frayeur. Les parents sont particulièrement négligents vis-à-vis des craintes de l'enfant et exigeants-punitifs. Pour n'avoir « pas été sage », il a été un jour puni et condamné à dormir seul en forêt à quelque distance de l'habitation. Cette contrainte par la peur a contribué à forger chez lui une *Stratégie* d'Assujettissement qui s'est maintenue tout au long de sa vie. À côté de ce Mode Soumis Obéissant, cohabite un Mode Enfant Vulnérable très dysthymique et impuissant.

Modes d'évitement

Dans ces états, le sujet a trouvé un moyen pour ne pas souffrir – ou pour moins souffrir – des émotions négatives de l'Enfant Vulnérable : les *Stratégies*

d'évitement. Ces Stratégies sont, plus ou moins, efficaces pour aider le patient à se tenir à l'écart des émotions, des pensées, des souvenirs appartenant à ses Schémas. Elles se sont mises en place dans l'enfance, dans cette intention de recherche de l'apaisement. Mais, comme on l'a déjà vu, elles l'empêchent de ressentir et de traiter ses Schémas : elles contribuent à les maintenir.

Plusieurs variantes stratégiques ont été décrites dans les Modes d'évitement.

Le Protecteur Détaché – le retrait

Dans le Mode Protecteur Détaché, le patient se met psychologiquement en retrait par rapport à la douleur que provoque le Schéma. Il se détache de ses besoins et de ses sentiments. En séance, il peut présenter des signes non verbaux de détachement : posture rigide, absence de contact visuel, distance relationnelle, peu d'affect exprimé. Le ressenti du thérapeute face à un tel Mode est également informatif : il pourra s'ennuyer, se sentir fatigué, avoir du mal à se concentrer, se sentir frustré. Tous ces indices permettent de penser au Protecteur Détaché.

Le Mode Protecteur Détaché pose un problème important dans la thérapie, car il constitue un *obstacle à la prise en charge de l'Enfant Vulnérable* : tel un isolant, il empêche le thérapeute d'entrer en lien avec celui-ci et le praticien doit connaître des méthodes pour contourner le Protecteur Détaché dès les premières étapes de la thérapie, comme nous le verrons dans le chapitre consacré au traitement de ce Mode.

On peut individualiser différents types de comportements dans le cadre du Protecteur Détaché¹.

Fonctionnement de « type Asperger »

Dans ces types de fonctionnement, le sujet utilise une Stratégie de retrait social et d'excès d'autonomie. Il se détache affectivement des autres et rejette leur aide. Il s'isole socialement, il entretient peu de relations avec autrui, ou alors des contacts superficiels, liés au fonctionnement social obligatoire de la vie quotidienne. Il reste indépendant et évite de s'investir dans des relations sociales, amicales, sentimentales, en adoptant une position cynique, distante ou pessimiste. Ses activités sont solitaires : télévision, lecture, jeux vidéo, travail solitaire, sport solitaire.

Fonctionnement robotisé

C'est un mode « soldat », dans lequel le sujet fait ce qu'il doit faire, au travail, à la maison, sans exprimer de sentiments personnels ou de pensées personnelles, mais plutôt en se préoccupant des tâches quotidiennes. Il est souvent logorrhéique et parle d'une voix plutôt forte, en abordant de très nombreux sujets de la vie de tous les jours. En thérapie, son discours

1. À partir de la Communication de J. Young à la conférence de l'International Society for Schema Therapy [ISST] de 2012 à New York, non publiée.

aborde des sujets quelconques, très loin des préoccupations qui devraient être celles qui motivent la thérapie. C'est l'état dans lequel Aurore (voir p. 91) est arrivée à sa première séance ; le thérapeute, par son exploration, a pu l'amener dans son Mode Enfant Vulnérable.

Rationalisation

Dans ce cas, la personne a un fonctionnement uniquement logique, fonctionnel. Elle peut tenir de longs monologues explicatifs avec un grand sens des détails pratiques.

Intellectualisation

Le sujet aime les abstractions, les théories ; c'est sa façon d'éviter de souffrir. Il se réfugie dans l'imaginaire, le déni, la poésie, la musique, les livres.

Exemple clinique

Un patient de 23 ans, Éric, consultait pour une anxiété de performance et une importante anxiété sociale. Il avait des Schémas de Manque Affectif et d'Imperfection, et des Stratégies d'évitement. Il avait notamment été abusé physiquement et sexuellement par son père. Éric, à l'époque de l'école primaire, était terrorisé lorsqu'il rentrait chez lui en fin d'après-midi. Il tenait régulièrement en séance des propos qui tendaient à minimiser ses difficultés existentielles : « Le monde est beau, nos montagnes sont tellement belles au soleil sous la neige » ; « la poésie, la musique, changent tout ».

Insensibilité

Il peut arriver que le sujet paraisse absorbé, insensible, inattentif, qu'il se déclare « vide », ou qu'il s'ennuie souvent, qu'il se plaigne de ne rien ressentir. Il faudra, en présence de ce type de symptômes, rechercher des signes d'un éventuel trouble dissociatif authentique : anesthésie, amnésie, dépersonnalisation, déréalisation, et rechercher des antécédents traumatiques, comme nous le verrons au chapitre suivant, consacré à la dissociation.

Plaintes psychosomatiques

Ces plaintes sont souvent la manifestation d'un évitement cognitif et émotionnel. Les émotions et les pensées du Mode Enfant Vulnérable génèrent des tensions qui sont à l'origine de douleurs (tensions musculaires, douleurs abdominales, céphalées, etc.). Ces phénomènes somatiques deviennent alors la préoccupation première du sujet, qui s'isole ainsi de son ressenti profond et de ses souvenirs douloureux, pour ne se soucier que de phénomènes corporels, très superficiels sur le plan du fonctionnement psychique.

Le Protecteur en Colère – l'écran de colère

Dans ce type de fonctionnement, le sujet manifeste de la colère, dans ses propos, le ton de sa voix ou ses gestes, pour se protéger d'un danger ou d'une menace perçus. Notamment, si le thérapeute cherche avec insistance

à le confronter à ses sentiments et ses pensées négatives, le sujet contrôle son interlocuteur. Il crée un « mur de colère » qui tient la menace à une distance de sécurité, alors que dans le mode Enfant en Colère, le patient soulage sa colère dans une expression émotionnelle incontrôlée, habituellement en réponse à une injustice perçue, ou à une frustration des besoins affectifs de base.

Comme dans tous les états de colère, ce sont les pensées automatiques qui permettront le diagnostic. Dans cet état, le simple fait de poser la question sur un mode surpris, exploratoire et calme – « Qu'est-ce qui fait que vous êtes en colère en ce moment ? » ou bien : « Je vois que vous êtes en colère : pouvez-vous me dire quelles sont les pensées qui vous traversent l'esprit en cet instant ? » – permettra fréquemment de faire tomber le mur de colère et de voir le sujet dans son mode Enfant Vulnérable, souvent en pleurs. Dans ce cas, la colère est un moyen d'être fort, de ne pas « craquer ».

Exemple clinique

Line, 60 ans, se plaint de douleurs de l'épaule. Elle présente une tendinite calcifiante douloureuse qui la gêne dans ses activités quotidiennes, du fait de la douleur et aussi de la réduction d'amplitude des mouvements de son épaule. Elle est très en colère en séance lorsqu'elle parle de sa pathologie, des médecins qu'elle consulte, des examens qui lui ont été prescrits. Lorsque je lui fais exprimer qu'elle est en colère, et que j'explore avec curiosité les pensées automatiques qui accompagnent cet état, la patiente s'effondre en larmes, expliquant qu'elle a très peur de perdre son autonomie, de ne plus pouvoir conduire, d'être isolée socialement, et de ne pas recevoir d'aide par son mari, lui-même en mauvaise santé. Cette colère était un écran destiné à la tenir à distance de ses soucis en lui donnant l'impression qu'elle était forte.

L'Auto-Tranquilliseur Détaché – les addictions

Une autre façon d'éviter les émotions de l'Enfant Vulnérable consiste en la pratique compulsive ou excessive d'activités qui détournent l'attention du patient, qui le distraient, l'apaisent, ou au contraire le stimulent pour éviter de se sentir « vide ».

Recherche compulsive de stimulations

Ce type de comportement peut également être appelé Mode Auto-Stimulateur Détaché. Dans ce type de fonctionnement, le sujet cherche à focaliser son attention sur la recherche d'excitation et de distraction : achats compulsifs, activités sexuelles débridées (partenaires multiples, occasionnels, sexe en groupe, échangisme, etc.), jeux de hasard, travail excessif, prises de risque, activités sportives intenses, goût pour la nouveauté. Au travers de ces diverses activités, il cherche inconsciemment à ne pas ressentir son Mode Enfant Vulnérable en s'occupant à autre chose pour faire diversion. Il cherche aussi à éviter de s'ennuyer, de se sentir « vide ». C'est le cas d'Édith, la patiente au

trouble de personnalité borderline prise en exemple au début de ce chapitre consacré aux Modes. Elle cherchait à apaiser son Mode Enfant en Colère par divers moyens de ce type : achats compulsifs, ménage intensif.

Auto-apaisement compulsif

Le sujet évite par des addictions mettant en jeu le corps : scarifications, alcoolisation, consommation de substances, boulimie, masturbation excessive, etc. La patiente Édith citée ci-dessus utilisait également ce genre d'activités d'auto-apaisement ; elle était par exemple capable de se ponctionner du sang à l'aiguille : l'affaiblissement du corps qu'elle se provoquait lui permettait d'apaiser son « trop-plein d'émotions ».

Modes de compensation

Dans ces états de la personnalité, *le sujet cherche inconsciemment à se doter de ce qui manque à son Mode Enfant Vulnérable* : la force, la valeur, le contrôle, la protection, l'attention, l'affection. De manière générale, le sujet en mode Compensateur fait l'inverse de ce que ressent son mode Enfant Vulnérable. Un certain nombre de Modes Compensateurs plus récemment décrits ont été observés chez des patients inculpés pour délits ou crimes [6], notamment les Mode Prédateur, Manipulateur-Escroc et Agresseur Brutal.

Mode Chercheur d'Approbation/Reconnaissance

Le sujet qui se trouve dans ce mode cherche avant tout – et de façon excessive – à obtenir l'approbation, la reconnaissance ou l'attention des autres, ou à s'adapter à eux, plutôt qu'à développer sa propre personnalité. Sa recherche primordiale n'est pas le contrôle ou le pouvoir. L'estime qu'il a pour lui-même dépend en premier lieu des réactions des autres, et non pas de ce qu'il ressent comme étant authentiquement ses tendances personnelles. Il attache beaucoup d'importance au statut, à l'apparence, à l'acceptation sociale, à l'argent ou à la réussite, qui sont pour lui des moyens lui permettant d'obtenir l'approbation, l'admiration ou l'attention d'autrui. C'est l'un des modes du trouble de personnalité histrionique.

Mode Auto-Magnificateur

Dans ce Mode, la personne cherche à se donner de la valeur : elle se comporte d'une manière grandiose, s'arrogue des droits, se vante, recherche l'admiration ; très égocentrée, sans empathie, elle se sent supérieure et s'attend à être traitée de façon spéciale (Schémas : Droits Personnels Exagérés, Manque de Contrôle). C'est le mode le plus apparent du trouble de personnalité narcissique, notamment.

Mode Hypercontrôleur Perfectionniste

Il tente de contrôler une source perçue de malchance ou de critique (Schémas : Imperfection, Pessimisme ; Stratégie de perfectionnisme). C'est typiquement le Mode comportemental du trouble de personnalité obsessionnel-compulsif, qui utilise des comportements de rangement, de répétition, des rituels.

Mode Hypercontrôleur Soupçonneux

Son intention de contrôle a pour but de localiser et mettre au jour une menace cachée qu'il croit percevoir (Schéma : Méfiance). C'est le mode comportemental du trouble de personnalité paranoïaque.

Mode Prédateur

Le patient se concentre sur l'élimination d'une menace, d'un rival, d'un obstacle ou d'un ennemi, d'une manière froide, impitoyable et calculée (Schéma : Droits Personnels Exagérés). Ce Mode est un style compensateur extrême, dans lequel le monde est représenté comme clivé entre les victimes, d'une part, et les agresseurs, d'autre part. Dans son enfance, l'enfant confronté à un environnement hostile a appris qu'il pouvait surmonter ses émotions de peur et de honte en devenant agresseur. Sa règle est qu'« il faut être fort », en ne montrant aucune faiblesse, et en sachant repérer chez les autres les signes de faiblesse, en bloquant tout sentiment de compassion ou de remords, en faisant usage de la force pour se faire craindre et respecter.

Mode Manipulateur-Escroc

Le sujet escroque dans le dessein de parvenir à un but spécifique, qui met en jeu la victimisation des autres ou l'évitement d'une punition. Il peut prendre une fausse identité, donner des informations trompeuses, ou bien se conduire d'une manière séductrice, manipulatrice ou théâtrale, pour parvenir à ses fins (Schéma : Droits Personnels Exagérés).

Mode Agresseur Brutal

Ce Mode menace et intimide, agresse ou contraint verbalement, émotionnellement, physiquement, sexuellement, pour affirmer sa supériorité et obtenir ce qu'il veut : respect, vengeance, domination. Pour lui, l'égalité n'existe pas et il faut se montrer plus fort que les autres, si on veut éviter d'être dominé et brutalisé. Il s'autorise à agresser, dénigrer, humilier, ressentant parfois un plaisir sadique à attaquer les autres (Schémas : Droits Personnels Exagérés, Manque de Contrôle).

Modes « Parent Dysfonctionnel »

L'enfant peut, par identification, adopter le fonctionnement émotionnel, cognitif ou comportemental d'un de ses donneurs de soins primaires : c'est l'internalisation (voir p. 43-44). L'identification porte sur l'un ou l'autre des deux parents, et peut même porter sur les deux : une fille pourra adopter la Stratégie d'abnégation de sa mère, et le perfectionnisme de son père. Les identifications se font de façon sélective sur certains aspects des personnes de l'entourage proche. Le Mode Parent est le fruit de cette internalisation. C'est une partie de la personnalité qui contient les données transmises par les parents, concernant les limites, les règles sociales, les interdits, les valeurs morales. Tout individu sain internalise des fonctionnements parentaux. Elle correspond un peu au surmoi de Freud.

Le Mode Parent peut prendre un aspect pathologique s'il est excessif dans ses exigences et ses interdits. On parle alors de Mode Parent Dysfonctionnel, dont il existe deux types principaux : le Parent Critique/Exigeant et le Parent Punitif. Lorsqu'il est dans ce Mode, le patient présente des pensées automatiques (donc sa propre voix) qui sont les mots du parent internalisé : « méchant », « vilain », « sale gosse », etc. Il critique ou punit un des Modes Enfant (Enfant Vulnérable ou Enfant en Colère ou Enfant Indiscipliné) pour sa faiblesse, son manque de contrôle, son imperfection, son incompetence, etc. Les modes « Parent Dysfonctionnel » sont constitués de deux éléments :

- un premier élément de l'identification correspond à l'attachement à la figure parentale internalisée. Cet élément est positif, permettant à l'enfant de se construire sur le modèle positif d'un adulte en lequel il a confiance, auquel il est affectivement attaché, et qui lui apporte de bonnes valeurs : le sens de l'effort, de l'autonomie, de l'autodiscipline, le respect des règles et d'autrui. Cet aspect positif est important dans la construction du sujet, il doit être respecté et valorisé ;
- un second élément, qui est celui réellement dysfonctionnel et néfaste, par ses critiques, ses punitions ou parfois ses abus verbaux ou physiques. C'est cette partie qui doit être traitée en thérapie, afin qu'elle devienne plus empathique et compréhensive vis-à-vis du sujet.

Le conflit entre le Mode Parent Dysfonctionnel et le Mode Enfant Vulnérable est central dans la pathologie de la personnalité et la distinction entre les deux éléments ci-dessus du Parent Dysfonctionnel est importante à faire réaliser au patient. On insistera donc sur l'élimination des comportements néfastes autocritiques, punitifs et abusifs sans chercher à « démolir » la personne du parent en question, lequel peut avoir des qualités humaines et d'attachement qui sont importantes pour la construction de l'individu : la partie positive du Parent internalisé doit être valorisée.

Mode Parent Critique/Exigeant

Ce Mode exige perfection ou réussite ; il demande que les choses soient en ordre, il exige de travailler pour obtenir un statut élevé. Il pousse à ne pas s'écouter, à l'efficacité et à l'abnégation. Ce mode impose des règles strictes ou des hautes valeurs intériorisées : le temps doit être géré de façon optimisée (« il ne faut pas rester sans rien faire ») ; « on ne doit pas exprimer ses sentiments » ; « on doit toujours agir de façon réfléchie et non spontanée ».

Le Parent Critique/Exigeant pressure en permanence l'Enfant Vulnérable pour qu'il se hausse à des normes excessivement élevées : il n'a pas droit à l'erreur.

Exemple clinique

Françoise – dont nous reparlerons – avait annulé une séance de thérapie pour se rendre à une réunion professionnelle. Le jour venu, elle a eu des pensées ▷

- ▷ autocritiques, accompagnant un sentiment de colère contre elle-même : « Tu n'aurais pas dû annuler ta séance chez le psy, tu en avais besoin et tu aurais dû te faire remplacer dans cette réunion au travail ; tu ne fais que des bêtises. Tu ne sais pas t'occuper de toi » (Mode Parent Critique). À cette colère a fait suite un état de tristesse, accompagné de pensées automatiques négatives : « Je suis vraiment nulle, je suis une bonne à rien ». Elle s'est mise au lit et n'a pu aller à sa réunion, ce qui a entraîné d'autres pensées d'autodévalorisation (Mode Enfant Vulnérable, avec tristesse et Schémas d'Imperfection et d'Incompétence). Ce sont les pensées dévalorisantes du Parent Critique qui ont activé le Mode Enfant Vulnérable et la tristesse.

Mode Parent Punitif

Ce Mode ressent que lui-même ou les autres méritent la punition ou le blâme et agit selon ce sentiment par le blâme, la punition ou la maltraitance vis-à-vis de soi-même (par exemple : automutilation) ou des autres.

Il punit un des modes d'Enfant qui a été « vilain », qui a « fait des bêtises ». C'est le Mode dans lequel s'est trouvée Édith en séance le mercredi, lorsqu'elle qu'elle s'est tapé la tête contre les murs et le sol (voir l'exemple initial de ce chapitre).

Mode Adulte Sain

Le Mode Adulte Sain est celui qui se comporte de façon adaptée au travail, en tant que parent, en tant qu'adulte responsable ; qui sait se distraire, avoir des activités intellectuelles, culturelles, sportives, relationnelles, sexuelles, esthétiques et sait prendre soin de sa santé.

C'est le sujet normal : il présente un embrayage émotionnel progressif qui le fait passer en douceur d'un sentiment de tristesse à une émotion de colère. Son niveau de dissociation est très bas : le sujet est capable de faire l'expérience simultanée de plusieurs modes (tristesse et colère, par exemple). Il conserve le sentiment d'unité de la personnalité et reconnaît aisément ses modes.

C'est le Mode qu'incarne le thérapeute et que celui-ci cherche à développer chez son patient. C'est le Mode Adulte Sain représenté par le thérapeute qui interviendra dans les expériences de reparentage en imagerie que nous aborderons plus loin. Dans ces expériences, le Mode Adulte Sain du thérapeute cherche à satisfaire les besoins affectifs du Mode Enfant Vulnérable du patient. Il confronte le Mode Parent Dysfonctionnel du patient pour le ramener à un fonctionnement moins excessif. Il cherche à développer, par modeling, le Mode Adulte Sain du patient.

Exemple clinique

Stéphane, 40 ans, marié, deux enfants, est dysthymique depuis son enfance. Il décrit un père extrêmement exigeant et punitif, violent verbalement et parfois ▷

- ▷ physiquement, qui lui a toujours fait peur. Il l'a internalisé sous la forme d'un Mode Parent Exigeant et Punitif qui lui diffuse en permanence des idées d'autocritique, d'incompétence, d'échec, de dévalorisation, et ce aussi bien dans sa vie familiale qu'au travail. Avec la thérapie, ce Mode a progressivement régressé pour laisser place à un Mode Adulte Sain qui s'est développé : Stéphane a eu l'envie d'apprendre à jouer de la guitare ; puis il s'est aperçu que cette pratique lui procurait une excitation et un plaisir très intenses, en se disant que c'était lui – Stéphane – et non quelqu'un d'autre, qui avait décidé d'apprendre la guitare, pour son plaisir, et non en raison d'une exigence quelconque. Cette prise de conscience de « ce que j'aime, ce dont j'ai envie » a créé chez cet homme le sentiment jusqu'alors inconnu de ressentir son existence et d'avoir droit à des besoins et des envies personnels.
-

Les Modes et les troubles de la personnalité

Comme signalé ci-dessus, nous avons tous des Modes. Mais, dans les troubles de la personnalité, on peut décrire de façon spécifique des modes durables et intenses. Dans le *trouble de personnalité borderline*, Young a décrit cinq Modes : l'Enfant Vulnérable, l'Enfant en Colère, le Parent Exigeant/Punitif, le Protecteur Détaché et l'Adulte Sain.

Si les Modes ont été créés pour décrire le fonctionnement du trouble de personnalité borderline, on peut également utiliser le concept pour décrire d'autres troubles de la personnalité.

Dans le *trouble de personnalité narcissique*, on rencontre un Mode Auto-Magnificateur, un Mode Protecteur Détaché, ainsi qu'un Mode Enfant Vulnérable qui exprime le Schéma de Manque Affectif (en tout cas dans les formes de personnalité narcissique secondaire).

Dans le *trouble de personnalité histrionique*, on trouve un Mode Enfant Vulnérable, ignoré et dévalorisé, un Mode Enfant Impulsif/Indiscipliné et un Mode Chercheur d'Approbation et de Reconnaissance.

Dans le *trouble de personnalité antisocial*, il existe un Mode Enfant Vulnérable, qui ressent l'abandon et les abus (Schémas d'Abandon et de Méfiance/Abus), un Enfant en Colère, un Parent Punitif et un Protecteur Détaché, ainsi qu'un Mode Agresseur Brutal. Dans les troubles antisociaux à forte tendance psychopathique, on trouve aussi un Mode Protecteur en Colère, un Mode Manipulateur-Escroc, ou un Mode Prédateur.

Dans le *trouble de personnalité évitant*, il existe souvent un Mode Soumis Obéissant, un Mode Enfant Vulnérable qui ressent la solitude (Schéma de Manque Affectif), un Mode Protecteur Détaché (se manifestant particulièrement dans des attitudes d'évitement social) et un Mode Parent Critique.

Dans le *trouble de personnalité dépendant*, il existe également un Mode Soumis Obéissant, un Mode Enfant Vulnérable qui exprime le Schéma de dépendance et un Mode Parent Critique.

Le *trouble de personnalité obsessionnel-compulsif* comporte en général : un Mode Enfant Vulnérable (Schéma de Manque Affectif), un Mode Parent Critique et un Mode Hypercontrôleur Perfectionniste.

Le *trouble de personnalité paranoïaque* manifeste le plus souvent un Mode Enfant Vulnérable (Schémas d'Abandon, de Méfiance/Abus), un Protecteur Détaché (Stratégies d'évitement social) et un Mode Hypercontrôleur Soupçonneux.

4 La dissociation¹

En thérapie des Schémas, le terme « dissociation » est utilisé dans l'acception qu'a proposée, au XIX^e siècle, Pierre Janet pour décrire le fait que deux processus ou contenus mentaux ne sont pas associés ou intégrés dans la conscience, la mémoire ou l'identité du sujet, alors qu'ils auraient dû l'être. Dans la mesure où ce manque d'association n'aurait pas dû se produire, et qu'il témoigne d'un dysfonctionnement ayant des conséquences sur la mémoire ou l'identité du sujet, cette dissociation est pathologique.

Le terme « dissociation » est aussi utilisé dans d'autres sens, qu'il convient d'explicitier car il décrit alors des situations de dissociation non pathologique, qui font partie du fonctionnement normal et quotidien du système nerveux central de tout un chacun.

La dissociation non pathologique, ou dissociation de la conscience

Le terme « dissociation » décrit ici des perceptions et des comportements qui se produisent en dehors de toute prise de conscience.

Automatismes

La conduite d'une automobile, en changeant de vitesse et en avançant dans la circulation, est un acte automatique qui s'exécute en dehors de la réflexion consciente, chez une personne ayant appris à conduire et régulièrement entraînée à cette pratique. Des perceptions implicites sont prises en charge par le cerveau, et la mémoire procédurale intervient pour gérer des actes automatiques tels que certains comportements intervenant dans la conduite, permettant un fonctionnement normal, multitâche. Dans ces cas, la personne est capable de se rappeler les faits qui se sont produits (« j'ai conduit ma voiture en discutant avec Untel »).

Hypnose

Une autre forme de dissociation non pathologique est représentée par l'hypnose. Chez un sujet fortement répondant à l'hypnose, il est possible de provoquer une période de surdité hypnotique [39] au cours de laquelle le sujet reste insensible à des questions qui lui sont posées ou même à des sons violents, et est incapable de décrire, après la fin de la période d'hypnose,

1. Remerciements à Olivier Piedfort-Marin, de l'Institut Roman de Psychotraumatologie (Lausanne) pour sa lecture critique de ce chapitre.

les sons qui ont été produits. Mais Hilgard a montré qu'il était possible de s'adresser à « une partie » qui était restée observatrice, dans le système nerveux du patient, et qui pouvait décrire ce qu'elle avait entendu ; c'est ce que l'auteur a nommé l'« observateur caché ». Dans ces cas d'hypnose, il semble s'être produit un clivage mental entre une partie qui a répondu à l'injonction hypnotique de ne rien entendre, et une partie qui a observé tout ce qui se passait durant l'expérience, y compris les phénomènes sonores.

Absorption

Certaines personnes font l'expérience, alors qu'elles conduisent une voiture, de soudainement comprendre qu'elles se sont rendues en un endroit où elles n'avaient pas l'intention d'aller : durant ce temps, elles ont été absorbées dans des pensées (rêverie) tout en conduisant automatiquement leur véhicule. Il ne s'agit pas seulement d'une erreur dans un itinéraire, comme lorsqu'on rate une sortie d'autoroute, mais bien de la conduite sur un trajet – connu du sujet pour avoir été parcouru un certain nombre de fois auparavant – qui n'était absolument pas prévu. Il s'agit du phénomène d'absorption. L'absorption est, elle aussi, une forme de dissociation non pathologique, en tout cas dans ses formes légères.

On peut distinguer deux formes légères d'absorption : la *rêverie*, comme on vient de le voir, et aussi la distraction par *immersion* dans des expériences telles que la musique, la radio, les films, qui occupent l'esprit et évitent les pensées et les émotions négatives. L'immersion est une Stratégie d'évitement cognitif et émotionnel comme on l'a vu aux chapitres précédents dans les Stratégies et les modes d'évitement. Ces formes d'absorption légère sont une façon de se détacher transitoirement d'un vécu pénible, et il y a, dans l'immersion, une recherche active d'apaisement.

La dissociation pathologique, ou dissociation structurelle de la personnalité

Dans ce cas de figure, on parle de la dissociation en tant que coexistence de systèmes mentaux séparés qui devraient normalement être intégrés dans la conscience, la mémoire ou l'identité de la personne.

Phénoménologie clinique

Dans ce cadre, des sensations, des pensées, des émotions, des intentions, des souvenirs et des identités, dont on devrait s'attendre à ce qu'ils soient intégrés dans le champ de conscience de l'individu et dans sa mémoire autobiographique, ne le sont pas. On se trouve ici dans la dissociation au sens de Pierre Janet. C'est le domaine des troubles dissociatifs. Cette pathologie est causée par des traumatismes psychiques présents dans l'histoire personnelle du

sujet. Elle est rencontrée dans le trouble de stress post-traumatique et dans les traumas complexes, dont le syndrome de dépersonnalisation-déréalisation, l'amnésie dissociative, la fugue dissociative, le trouble dissociatif de l'identité.

Les principaux symptômes rencontrés dans ces troubles dissociatifs sont les suivants.

- *Les formes sévères d'absorption.* Il existe des formes d'absorption plus sévères que celles décrites au paragraphe ci-dessus. Dans ces cas, au lieu d'être absorbées dans un livre ou un film, les personnes sont détachées et profondément absorbées... dans le vide. Elles se sentent planer, confuses, déconnectées de la réalité, vides, « ailleurs ». Dans ces formes sévères, le détachement peut devenir automatique et inconscient et on peut observer des périodes de perte de mémoire. Pour certains auteurs dont Allen (in [28], p. 751-753), les états d'absorption sévère peuvent être associés à des symptômes de dépersonnalisation et de déréalisation et doivent être inclus dans la dissociation pathologique. Il y aurait ainsi un continuum entre la dissociation physiologique et la dissociation pathologique décrite par Janet. L'absorption peut être mesurée par l'échelle des expériences dissociatives (*Dissociative Experiences Scale* [DES]) de Bernstein et Putnam ; cette échelle mesure trois dimensions : l'absorption, l'amnésie et la dépersonnalisation-déréalisation.

- *L'amnésie dissociative.* Le patient décrit des épisodes de perte de mémoire dans le passé, mais aussi dans les périodes actuelles. Édith, la patiente à personnalité borderline donnée en exemple au début du chapitre précédent, a pu se retrouver au matin devant sa cuisinière et y découvrir qu'elle avait cuisiné des œufs dans la nuit, sans avoir le souvenir conscient de s'être levée pour se rendre à la cuisine. En effet, au début de la thérapie, ses Modes étaient hautement dissociatifs et elle pouvait ne pas se souvenir d'avoir passé du temps dans l'un d'entre eux.

- *Les fugues dissociatives.* Le sujet décrit des voyages inattendus, soudains, depuis la maison ou le lieu de travail, avec incapacité de se rappeler la majeure partie du voyage.

- *La dépersonnalisation.* Le sujet ne sent pas certaines parties du corps ; il a le sentiment d'étrangeté de son corps ; il ne ressent pas la faim ou la soif, ou certaines émotions. Il peut aussi faire l'expérience d'être en dehors de son corps, se voyant en train de se regarder. La dépersonnalisation peut être associée à des phénomènes de déréalisation (modification de la perception de l'environnement, qui paraît « bizarre », voire irréel).

- *Les intrusions.* Le sujet décrit des pensées, des images (flash-back) qui font irruption dans sa conscience.

- *Les symptômes schneidériens de premier rang.* La personne rapporte des voix entendues à l'intérieur de la tête, conversant entre elles à propos du sujet, commentant ses actes, donnant des ordres, parfois pour des actions autodestructrices. Particularités de ces voix dans la dissociation : le thérapeute

peut arriver à discuter avec elles, alors que dans la schizophrénie, les voix sont fixes, répétitives et le thérapeute ne peut pas entrer en relation avec elles.

- *Les symptômes de « conversion »* . Le sujet présente des symptômes de paralysie partielle ou totale, temporaire ou permanente, intéressant les membres ou le corps entier, ou portant sur la parole ; des pertes sensorielles concernant l'audition, l'odorat ou le goût ; la perte d'une perception intéroceptive : la faim, le ressenti de la température corporelle (froid ou chaud), l'excitation sexuelle ; la perte d'une sensibilité : douleur, toucher, perception du mouvement, parfois anesthésie partielle ou totale du corps.

Étiologie de la dissociation structurelle de la personnalité

L'étiologie traumatique des troubles dissociatifs est actuellement bien établie [84]. Dans les expériences de carence ou de trauma, la souffrance, la détresse peuvent déborder les capacités de résistance du sujet, en raison du niveau de développement de l'enfant, de sa force physique, de son niveau de compréhension, des croyances du moment, si bien que des mécanismes de survie se mettent en place.

Psychopathologie de la dissociation structurelle

Théorie polyvagale

Rappelons ici la théorie polyvagale de Porges [70] (voir pp. 29-31). L'organisme des animaux supérieurs est capable de *neuroception*, c'est-à-dire que certains circuits du système nerveux distinguent de façon automatique les situations ou les individus qui semblent sûrs ou bien, au contraire, menaçants et dangereux.

En présence d'une personne et/ou de personnes identifiées comme sûres, le système parasympathique ventral s'active, permettant ainsi l'activation du système d'Engagement Social et du Jeu.

En cas de situation perçue comme dangereuse, les voies de neuroception activent le système orthosympathique, inhibant de ce fait le parasympathique ventral et, par voie de conséquence, le système de l'Engagement Social et le système d'Exploration. Avant même que nous ne soyons conscients d'un danger, notre corps a déjà déclenché des comportements de défense de mobilisation : la fuite ou le combat. Si ces deux situations sont bloquées, il y aura la fuite ou le combat. Si ces deux situations sont bloquées, sidération par la peur.

Si la situation est perçue comme gravement menaçante par les voies de neuroception, un autre état de protection se déclenche alors, la défense d'immobilisation. *Cet état est déclenché par la branche non myélinisée du nerf vague, issue du noyau moteur dorsal du vague dans le tronc cérébral, et dont les fibres innervant le cœur et l'arbre respiratoire sont capables de provoquer une bradycardie pouvant aller jusqu'à la syncope. Cette branche provoque*

un ralentissement cardiaque et une chute de la pression artérielle. Dans ce cas, il y a hypoactivation de l'organisme, pouvant aller jusqu'à la syncope par réduction du débit sanguin intracrânien.

Ces mécanismes de survie sont phylogénétiquement anciens. Ils sont stockés par le cerveau limbique et le système nerveux végétatif.

Dissociation de la conscience lors d'une situation traumatique

Dans ces états de survie, le parasympathique ventral est désactivé et les connexions entre le cerveau limbique et le néocortex sont interrompues : le système de l'Engagement Social est interrompu, de même que le système d'Exploration. Le sujet fonctionne différemment de son habitude, car *les fonctions supérieures : mémoire, conscience de l'environnement, sens de l'identité, ne sont plus intégrées* = il y a dissociation de la conscience. Il existe une altération de la conscience avec vécu d'une déconnexion par rapport au soi ou à l'environnement. Lors d'un viol, par exemple, la victime se déconnecte de l'événement vécu ; elle semble n'avoir aucune expérience sensorielle ni émotionnelle durant celui-ci, qu'elle « observe » depuis un point de vue extérieur à son corps (ce que l'on nomme « expérience de sortie de corps »).

Conscience et dissociation

Dehaene et al. [27] ont étudié la présentation à un sujet de stimuli visuels représentés par des mots, sur un écran d'ordinateur. On peut contrôler la durée de la présentation du mot à l'écran par un masque qui cache le mot avant et après sa présentation. Si le mot n'est présenté que pendant une durée inférieure à 50 ms, il n'est pas vu consciemment : la présentation est dite subliminale. L'étude du cerveau du sujet en IRMf montre que le stimulus visuel subliminal n'a activé que le cortex visuel occipital, à l'exclusion de tout autre zone corticale. Si le mot est présenté durant 500 ms, alors il est vu par le sujet et l'IRMf montre une activation corticale globale, concernant un réseau occipito-temporo-pariéto-cingulo-frontal. Marinkovic et al. [60] ont montré, en utilisant la technique de magnéto-encéphalographie, que la première demi-seconde de la lecture consciente d'un mot évoluait de la façon suivante dans le cerveau. Durant 100 ms, le cortex occipital s'active, puis à 230–250 ms, la voie visuelle ventrale s'active à son tour ; à 300–340 ms, le cortex temporal est atteint, et à 550–620 ms, le cortex préfrontal réagit (figure 4.1).

Il faut donc que de nombreuses aires corticales aient été activées, de proche en proche et d'arrière en avant dans le cerveau, avant que le sujet ne parvienne à être conscient *visuellement* d'un mot. Marinkovic et al. retrouvent les mêmes résultats avec l'étude de la conscience *auditive* d'un mot. Voir un objet, ou entendre un mot nécessite ainsi des connexions entre des neurones appartenant à une multitude d'aires différentes. Ce *liage* entre les aires nécessite que les neurones concernés déchargent de façon synchrone, avec création de *coalitions* de neurones. La fréquence qui permet cette synchronisation amenant

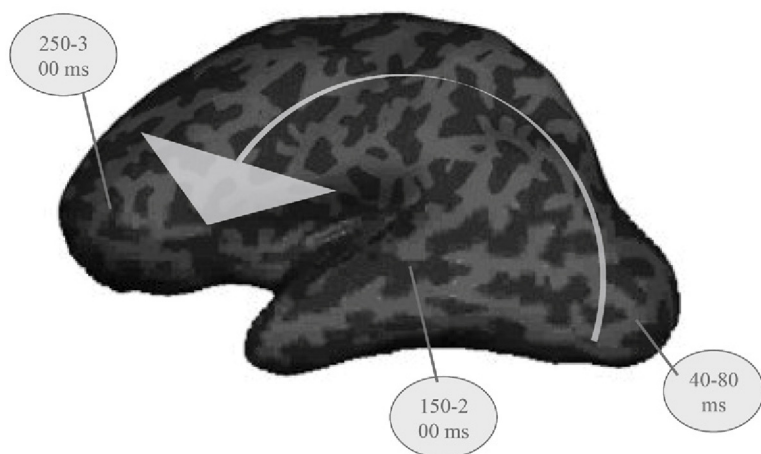


Figure 4.1. Lecture consciente d'un mot – 1.

à la conscience est dans la fréquence *gamma* de l'électro-encéphalogramme (environ 40 Hz), comme on le rencontre dans les stades d'éveil.

Le fonctionnement du système nerveux central est ainsi double : d'une part, il existe un fonctionnement intuitif, inconscient, rapide, comme on l'a vu à propos de la mémoire émotionnelle et du circuit amygdalien (travaux de J. Le Doux, p. 17) – les circuits de la neuroception de Porges sont également de ce type – ; d'autre part, un fonctionnement visuel ou auditif conscient, nettement plus lent car il met en jeu des phénomènes corticaux complexes. La conscience subjective nécessite des échanges rapides bidirectionnels – les *réentrées* – entre de nombreuses aires corticales, plus ou moins éloignées les unes des autres dans le cerveau. C'est cet échange bidirectionnel de données entre les aires qui générerait la conscience (figure 4.2).

Si la conscience nécessite des échanges bidirectionnels entre différentes aires synchronisées, cette complexité permet de comprendre le phénomène de dissociation mentale (travaux initiaux de Pierre Janet). Dans des circonstances où le sujet est soumis à un vécu traumatique, des aires peuvent perdre leur *liage* avec d'autres, car le système nerveux est mobilisé, dans le tronc cérébral, à la mise en œuvre des systèmes défensifs vus plus haut. En particulier, l'hypovascularisation cérébrale causée par l'activation du noyau dorsal du vague explique parfaitement un défaut de liage entre les aires et l'incapacité dans laquelle se trouve le sujet d'intégrer diverses informations sensorielles et intéroceptives de façon consciente lorsqu'il est soumis à une situation traumatique.

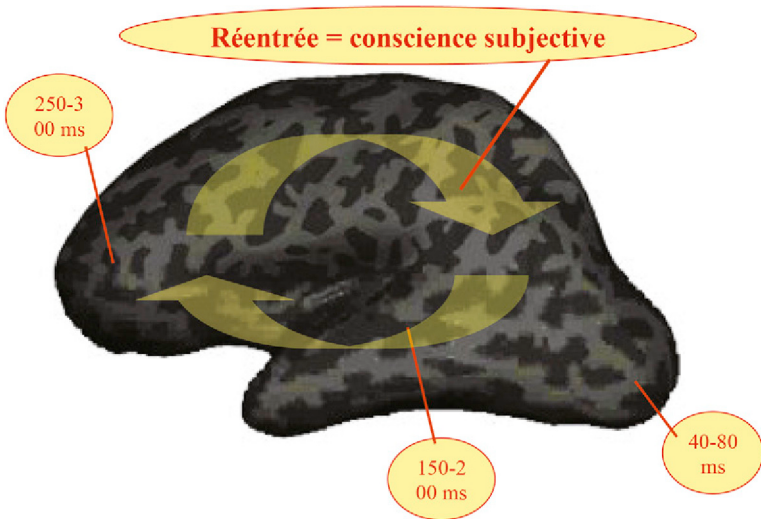


Figure 4.2. Lecture consciente d'un mot – 2.

Pierre Janet et la dissociation

Pierre Janet (1857–1947) travaillait à la Salpêtrière (1890–1898) à traiter par l'hypnose un grand nombre de cas sévères liés à des traumatismes et des abus. En 1889, il publie *L'automatisme psychologique* [41] où il relate la guérison d'un trouble de conversion. Marie avait une cécité monoculaire gauche et une hypoesthésie de l'hémiface gauche sans atteinte organique. Sous hypnose, il identifia le trauma : à l'âge de 6 ans, Marie avait dormi dans le même lit avec un autre enfant dont le visage était défiguré par un impétigo sur la partie gauche. Janet propose à Marie de revivre le souvenir de la scène (imagerie hypnotique), en imaginant cet enfant avec un visage normal, en se disant que c'est quelqu'un de gentil, et en lui caressant le visage. La cécité de Marie guérit définitivement.

« On l'avait forcée, malgré ses cris, à coucher avec un enfant de son âge qui avait de la gomme sur tout le côté gauche de la face. Marie eut, quelque temps après, des plaques de gomme qui paraissaient à peu près identiques et qui siégeaient à la même place ; ces plaques réapparurent plusieurs années à la même époque, puis guérirent, mais on ne fit pas attention qu'à partir de ce moment, elle est anesthésique de la face du côté gauche et aveugle de l'œil gauche. Depuis, elle a toujours conservé cette anesthésie, du moins, pour ne pas dépasser ce qui a pu être observé, à quelque époque postérieure que je la transporte par suggestion, elle a toujours cette même anesthésie, quoique le reste du corps reprenne à certaines époques sa sensibilité complète. Même tentative

que précédemment pour la guérison. Je la ramène avec l'enfant dont elle a horreur, je lui fais croire que l'enfant est très gentil et n'a pas la gourme, elle n'en est qu'à demi convaincue. Après deux répétitions de la scène, j'obtiens gain de cause et elle caresse sans crainte l'enfant imaginaire. La sensibilité du côté gauche réapparaît sans difficulté et, quand je la réveille, Marie voit clair de l'œil gauche. Voilà cinq mois que ces expériences ont été faites, Marie n'a plus présenté le plus léger signe d'hystérie, elle se porte fort bien et surtout se renforce beaucoup. Son aspect physique a absolument changé » ([41], p. 412-413).

La dissociation est une perte de relation entre certaines fonctions et le reste de la personnalité : des perceptions, des souvenirs, des fonctions (la vue, l'ouïe, la faim, etc.), des mouvements, pensées ou émotions cessent d'être rattachés au moi. Pour Pierre Janet, la dissociation est un échec de l'*intégration*. L'intégration est un processus qui exprime la capacité du sujet à être conscient de son expérience vécue au fil du temps et à ressentir son identité. Elle commence par la *synthèse*, qui permet au sujet de lier entre elles ses différentes perceptions externes (sensorielles) et internes, ses pensées, ses émotions et ses comportements, et d'en prendre conscience, avec un sentiment d'identité. La synthèse permet aussi de différencier entre les différentes perceptions (*ce que j'entends* est différent de *ce que je vois*, etc.) et de reconnaître les similitudes et les différences dans ce qui est perçu. Elle implique la *personnification*, ou reconnaissance du caractère personnel de l'expérience vécue (« c'est à moi que c'est arrivé » ; « cette pensée qui est dans ma tête est à moi »), et la *présentification*, qui donne au sujet le sentiment de se sentir ancré dans le présent, d'identifier ce qui s'est passé dans son passé et de différencier entre passé, présent et futur. C'est le liage entre les aires cérébrales, dont il a été question précédemment, qui est le support de tous ces processus conscients (synthèse, personnification et présentification).

Un tel mécanisme – la non-intégration – explique la *dissociation de conscience*. Mais Pierre Janet est aussi le premier à décrire la *dissociation de la personnalité*. Dans *L'évolution psychologique de la personnalité* [43], ainsi que dans *L'état mental des hystériques* [44], il décrit bien l'alternance de plusieurs états cliniques, qu'il attribue à un dédoublement de la personnalité. Dans ce cas, ce n'est plus seulement la conscience qui est dissociée, comme nous l'avons envisagé jusqu'à ces dernières lignes, avec non-intégration du moment présent, mais il y a aussi fractionnement de la personnalité en plusieurs parties, en plusieurs systèmes neuronaux séparés qui ont chacun un fonctionnement autonome.

Théorie de la dissociation structurelle de la personnalité

Au cours de la deuxième moitié du XX^e siècle, la dissociation de Pierre Janet est redécouverte après un long oubli et c'est actuellement la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité [84] qui en reprend les principes

pour l'adapter à la conceptualisation et au traitement des troubles dissociatifs et des séquelles de traumatismes.

Lorsqu'une personne éprouve de très fortes émotions négatives, telles que la terreur, et/ou qu'elle fait l'expérience d'une douleur intense, il se produit une désorganisation des fonctions intégratives ordinaires de la conscience et un rétrécissement de l'attention, si bien que l'expérience vécue ne sera pas intégrée dans l'identité de la personne et dans la mémoire autobiographique, mais elle restera en tant que *partie séparée de la personnalité* qui continuera à avoir une existence autonome. Lors d'un trauma, ou avec la répétition de traumatismes, il peut ainsi arriver que la personnalité prétraumatique se fragmente en plusieurs systèmes fonctionnant séparément :

- une « Partie Émotionnelle », qui stocke les souvenirs traumatiques (images, pensées, émotions, sensations physiques) et les Stratégies de survie, en dehors de la conscience de soi et de la mémoire explicite ; cette partie continue à vivre dans le temps du trauma et ne sait pas que du temps a passé depuis cette époque de terreur ;
- une « Partie Apparemment Normale », en lien avec les fonctions supérieures normales, qui assure le fonctionnement quotidien du sujet dans la vie actuelle ; cette partie vit dans l'ici et maintenant.

Ces parties s'individualisent lors de traumatismes intenses et/ou répétés. Elles sont des réseaux neuronaux qui deviennent séparés les uns des autres, et qui n'accèdent pas tous simultanément à la conscience du sujet. La *dissociation devient structurelle*, c'est-à-dire que la séparation persiste dans le temps, et que des entités indépendantes, les *parties dissociatives*, se mettent à fonctionner en ayant chacune leur propre logique, leurs propres repères spatiotemporels et leur propre histoire. Cette dissociation est facilitée par les antécédents d'attachement désorganisé, qui sont un facteur de réduction de la résilience du sujet [51]) Pour Liotti, dans l'attachement désorganisé, l'enfant présente des Schémas d'attachement qui sont déjà structurellement dissociatifs (voir chapitre sur les Modes, p. 82), du fait d'expériences vécues avec des personnages d'attachement qui peuvent être tantôt terrorisants et tantôt rassurants, réunissant dans la même personne le bien et le mal.

La séparation entre les parties dissociatives n'est pas parfaite : les stimuli liés aux traumatismes deviennent des stimuli conditionnels pour la « Partie Apparemment Normale », provoquant des réactions d'évitement ; une sensibilisation à ces stimuli peut se produire, provoquant la généralisation des évitements. Des symptômes d'intrusion, issus de la « Partie Émotionnelle », apparaissent, notamment des flash-back.

Exemple clinique

Françoise a 54 ans. Elle a fait des études supérieures. Elle exerce un métier à responsabilité et ses compétences sont très appréciées. Elle dispose d'un bon réseau d'amis : voici sa Partie Apparemment Normale. Par ailleurs, elle est célibataire et ►

- ▷ est incapable de relation sentimentale, ni même de contact physique quelconque dans ses relations amicales. Elle présente une obésité morbide apparue dans l'adolescence et majorée avec les années. Elle a de nombreux évitements alimentaires (huîtres, escargots, glace en cornet à lécher, boissons effervescentes, poisson) ; il lui est impossible d'utiliser deux fois la même brosse à dents, si bien qu'elle jette chaque brosse après usage et elle en consomme deux par jour. Elle dort la nuit sanglée dans des ceintures qui lui immobilisent les membres inférieurs et la poitrine. Elle présente une dysthymie sévère évoluant depuis 14 ans, apparue à la suite d'une hémorragie gynécologique, due à un fibrome utérin, au cours de laquelle elle a imaginé qu'elle allait mourir le jour même. La thérapie révélera qu'elle a été victime, à l'âge de 6 ans, d'une agression sexuelle (fellation forcée avec éjaculation), négligée par sa mère, laquelle l'a beaucoup culpabilisée d'avoir désobéi en s'étant rendue, pour jouer, en un endroit voisin de la maison, lieu où elle s'est faite agresser. La Partie Émotionnelle de Françoise, qui vit dans le temps du trauma, ressent comme des stimuli conditionnels les situations décrites ci-dessus (consommation de certains aliments, utilisation d'un tube de dentifrice) et les évite ; elle adopte des comportements de ritualisation pour certaines autres situations telles que la mise au lit. Confrontée à ces différentes situations, la Partie Émotionnelle réagit comme au stimulus traumatique initial que représente l'agression et met en place des mécanismes d'évitement et de ritualisation. L'hémorragie gynécologique d'il y a 14 ans a été revécue comme le traumatisme initial, car dans les deux cas elle a cru mourir. La boulimie-hyperphagie, expliquant l'obésité morbide, est une Stratégie d'évitement, destinée à éviter de ressentir l'anxiété et la honte de la Partie Émotionnelle.
-

Preuves empiriques : neurobiologie de la dissociation structurelle

Reinders et al. [73] ont étudié en 2006 des patients atteints d'un trouble dissociatif de l'identité (TDI). Ces sujets ont été soumis à l'écoute d'un texte rapportant un de leurs souvenirs traumatiques, et ne donnant que des descriptions factuelles des faits, durant 90 secondes, sur un ton émotionnellement neutre. Il est possible de rendre active soit la Partie Apparemment Normale (PAN), soit la Partie Émotionnelle (PE). Les textes ont été lus aux sujets, soit en mode « PAN activée », soit en mode « PE activée ».

Les résultats ont montré que les sujets en mode « PE activée » écoutant le récit traumatique avaient une réaction physiologique spécifique – élévation de la tension artérielle et du rythme cardiaque – que ne présentaient pas les sujets en mode « PAN activée ».

En tomographie par émission de positons, les aires cérébrales activées ont montré que, lors de l'écoute du récit traumatique, les sujets en mode « PE activée » présentent davantage d'activation sous-corticale (cervelet, amygdale) et aussi insula et cortex somatosensoriel. Alors que les sujets en mode « PAN activée » montraient davantage d'activation néocorticale (aires

occipitales visuelles associatives 18 et 19 ; aire associative somatosensorielle 7 ; aires pariéto-occipitales associatives multimodales 7 et 40 ; cortex cingulaire antérieur 24 et 32).

Cette excellente étude confirme bien la différence de comportement entre PAN et PE, comme le prédisait la théorie de la dissociation structurelle.

Une autre étude de Reinders et al. en 2012 [74] retrouve des résultats similaires, attestant d'un fonctionnement émotionnel et sous-cortical de la PE à l'écoute d'un texte relatant un souvenir traumatique.

Distinction entre dissociation et schizophrénie

L'associationnisme est une théorie philosophique qui prévaut à la fin du XVIII^e siècle en Angleterre sous l'influence de James Mill et de son fils John Mill (1773–1836) et d'Alexander Bain (1818–1903). Selon ces auteurs, les idées, qui se créent à partir des sensations, s'associent entre elles pour former des idées plus complexes ; ainsi naît, selon eux, la pensée consciente [80]. La subdivision en *facultés*, issue de la théorie localisationniste, notamment de la phrénologie de Franz Joseph Gall (1757–1828), doit être abandonnée au profit de l'étude des lois de l'association. En France, pour Théodule Ribot (1839–1916), l'intelligence consiste à combiner des idées d'une façon déterminée, et les différentes facultés ne sont que des différences d'association. À la fin du XIX^e siècle, les anatomistes Theodor Meynert et Paul Flechsig insistent sur le rôle des faisceaux de substance blanche qui unissent les différentes aires du cortex. « Elles sont appelées fibres d'association parce qu'elles servent à l'association des idées », écrit en 1888 Sigmund Freud, élève de Meynert. Carl Wernicke (1848–1925), autre élève de Meynert, partage cette conception.

Ainsi, de nombreuses pathologies sont expliquées à cette époque par un *déficit de la capacité d'associer*. C'est ainsi qu'Ewald Hecker (1843–1909) parle de *Dissoziation* à propos de l'hébéphrénie, qu'Emil Kreapelin (1856–1926) utilise le même terme pour l'appliquer à la démence précoce. Lorsque Eugen Bleuler (1857–1939) forge le terme de *schizophrénie* (1911), il utilise le concept de *Spaltung* (« scission ») pour décrire le mécanisme fondamental de la maladie, qui consiste selon lui en un relâchement primaire des associations, une baisse des affinités associatives, au sens de la théorie associationniste classique.

Pour Bleuler, l'association permet à la pensée de suivre son cours logique, les concepts s'enchaînant de façon cohérente vers une idée directrice. L'association agit d'une part en maintenant solide le lien rationnel entre les idées, et d'autre part en focalisant l'attention dans une seule direction, inhibant les autres systèmes idéiques qui nuiraient au fonctionnement logique de la pensée.

« Du fait du relâchement des associations coutumières entre les concepts, la pensée se détache de l'expérience et emprunte des voies erronées ; des

barrages entrent en action juste aux endroits importants, si bien que la pensée du malade ne peut arriver à bonne fin sur certains sujets ; [...] à la place des associations barrées, d'autres surgissent, qui ne font pas partie de ce cours d'idées, ou qui ne s'y trouvent pas au bon endroit. » ([7], p. 130)

Ce mécanisme – la *Spaltung* – sous-tend les symptômes tels que ([7], p. 55–146) : discours incohérent, discours circonlocutoire, discours allusif, discours diffluent, idée bizarre, association par assonance, association indirecte, pauvreté idéique, barrage, bousculade des pensées, stéréotypies, écholalie, agrammatisme, néologismes, pour ce qui est du langage. Du côté du comportement et des affects, on observe : actes irrationnels, ambivalence, bizarrerie, actes incohérents, rires immotivés, impénétrabilité, maniérisme, négativisme.

Le terme qui est actuellement réservé spécifiquement à ce groupe de symptômes et à leur mécanisme est celui de *désorganisation schizophrénique* [32], terme qui définit l'une des trois dimensions symptomatiques principales de la schizophrénie dans la conception d'aujourd'hui, à la suite des travaux de Nancy C. Andreasen [22]. La désorganisation schizophrénique serait la conséquence d'une perturbation synaptique à l'origine d'une dysconnectivité des réseaux neuronaux, responsable d'erreurs dans le traitement de l'information cognitive et émotionnelle [22], avec pour effet l'incapacité de construire un comportement ou un discours cohérent.

Alors que Pierre Janet appliquait la notion de *dissociation* à des symptômes observés chez les hystériques, tels que l'amnésie, la dépersonnalisation, la déréalisation, les fugues, anesthésies, paralysies, pour ne citer que les principaux, le terme de *Spaltung* a été très rapidement compris en France comme étant « de la dissociation ». Dans le même temps, les pays anglosaxons préférèrent le mot *splitting*. Janet n'était pas d'accord pour l'utilisation du terme *dissociation* à propos des symptômes décrits par Bleuler ([7], p. 375), car ce terme au sens de Janet signifiait l'idée d'une fragmentation de la personnalité en plusieurs parties dites dissociatives. Le terme de « dissociation schizophrénique » est encore, malheureusement, souvent utilisé en France, ce qui est source de confusion au niveau des symptômes, d'une part, et de leurs mécanismes respectifs, d'autre part : dysconnectivité dans la schizophrénie, fragmentation de la personnalité en plusieurs parties dans les troubles dissociatifs. L'utilisation préférentielle de ce terme dans cette acception a été favorisée par la diffusion mondiale du concept de schizophrénie, et aussi par la disparition de la référence aux travaux de Janet dans la période 1940–1960 : la dissociation est devenue synonyme de schizophrénie, en tout cas en France. Heureusement, dans les années 1970, des auteurs tels que Herbert Spiegel, Henry Ellenberger, puis Ernest Hilgard remettent à l'honneur les idées de Janet et des travaux reprennent. En 1980, le DSM, dans sa première édition, crée trois nouvelles catégories regroupant des symptômes dissociatifs, au sens de Janet : les troubles somatoformes,

les troubles dissociatifs et les troubles de stress. Les guerres (notamment celle du Vietnam) ont fourni leurs lots de patients atteints d'états de stress post-traumatique. À partir des années 1990, Bessel van der Kolk publie des travaux sur la nature dissociative des troubles post-traumatiques, puis Onno van der Hart et Ellert Nijenhuis élaborent la théorie de la dissociation structurelle [84], entièrement fondée sur les travaux de Pierre Janet.

Pour ce qui est des symptômes de désorganisation, la question est donc claire : il existe une confusion sémantique et théorique portant sur le terme de dissociation, lequel devrait actuellement être réservé aux symptômes autrefois qualifiés d'hystériques, celui de désorganisation devant être retenu pour les symptômes de la *Spaltung* de Bleuler.

Le problème clinique le plus difficile est en fait celui des symptômes dits positifs psychotiques de la conception des schizophrénies à la suite des travaux d'Andreasen. Rappelons que la schizophrénie dans la vision actuelle est démembrée en trois dimensions : 1) les symptômes de désorganisation, discutés ci-dessus, 2) les symptômes négatifs, et 3) les symptômes positifs psychotiques. Dans ce troisième groupe de symptômes, ceux qui demandent le plus d'attention dans le cadre de notre propos sont les *symptômes de premier rang* [78], encore appelés *symptômes schneidériens*. Ces symptômes expriment que le patient ressent une intervention étrangère agissant sur lui, lui donnant des ordres, commentant ou dirigeant son comportement. Même si Schneider considérait en son temps que la présence de symptômes de premier rang permettait à coup sûr de diagnostiquer une schizophrénie, des travaux actuels [31, 64] ont mis en évidence qu'ils pouvaient se rencontrer aussi bien dans les schizophrénies que dans d'autres troubles mentaux, et notamment dans les troubles dissociatifs. L'examen phénoménologique de chaque symptôme montre des différences selon la pathologie en cause, notamment lorsqu'un sujet déclare entendre des voix. Dans les troubles dissociatifs, la voix entendue appartient à une partie dissociative, laquelle pourra entrer en dialogue avec le thérapeute entraîné, et suivre une conversation avec lui, ce qui n'est pas le cas dans la schizophrénie, où les voix sont stéréotypées, sans échange possible entre la voix et une tierce personne ([84], p. 131-132).

Dissociation structurelle et thérapie des Schémas. Le continuum dissociatif

Comme nous l'avons vu au chapitre précédent, à propos des Modes, la notion de dissociation au sens de Janet entre dans la conceptualisation des troubles de la personnalité, car la thérapie des Schémas considère l'existence de différents Modes de Schémas, ou plus simplement Modes. Les Modes sont des états du moi, séparés les uns des autres par un mécanisme dissociatif. Un Mode est une facette de la personnalité (ou état du moi) non

complètement intégrée avec le reste de la personnalité ; les différents Modes se trouvent séparés les uns des autres par le mécanisme de la dissociation.

Chez le sujet normal, il existe un embrayage émotionnel normal avec passage d'un sentiment de tristesse à une émotion de colère. Le niveau de dissociation est très bas : le sujet est capable de faire l'expérience simultanée de plusieurs Modes, non dissociés (tristesse et colère, par exemple), la personnalité étant suffisamment intégrée pour gérer les différents systèmes comportementaux décrits par Panksepp (peur, colère, attachement, exploration, jeu, etc.).

Chez le sujet borderline, chaque mode se manifeste en monobloc, pur et intense, avec envahissement de l'instant présent, du fait d'une fragmentation de la personnalité par le mécanisme de la dissociation : la personnalité n'a pas la capacité de gérer les alternances de fonctionnement entre les différents systèmes comportementaux de Panksepp.

Par ailleurs, plusieurs études montrent que le trouble de personnalité borderline constitue un ensemble hétérogène, dans lequel on peut décrire trois stades de gravité progressive en termes de dissociation. Zanarini et al. [89] ont étudié 290 patients borderlines qui ont rempli l'échelle des expériences dissociatives (DES) de Carlson et Putnam. Sur cette échelle, les scores inférieurs à 10 (absence de toute dissociation) représentent 32 % des patients, qui ne présentent pas d'antécédent de violences physiques ni sexuelles. Les scores entre 25 et 30 (symptômes d'absorption uniquement) représentent 42 %, et les antécédents de ces patients révèlent des négligences affectives et des violences physiques/sexuelles à l'âge scolaire et dans l'adolescence. Les scores de 40 et au-delà (symptômes de dissociation structurelle : amnésie et dépersonnalisation) représentent 26 % des patients, et ceux-là ont des antécédents de violences physiques/sexuelles dans leur petite enfance.

De même, Mosquera et al. [63] considèrent qu'il existe trois groupes dans le trouble de personnalité borderline :

- un premier groupe, sans dissociation pathologique, serait lié en majeure partie à l'expression d'un tempérament biologique impulsif (il pourrait correspondre au groupe de sujets ayant coté moins de 10 à la DES dans l'étude de Zanarini) ;
- un deuxième groupe serait lié surtout à des troubles de l'attachement sans traumatisation ; dans ce second groupe, il existe un certain niveau de dissociation pathologique, mais les parties dissociées sont de type « états du moi », c'est-à-dire qu'elles ne donnent pas au patient le sentiment d'être fractionné en plusieurs parties autonomes séparées les unes des autres. Ce groupe pourrait correspondre au deuxième groupe de Zanarini, dont les sujets cotent entre 25 et 30 à l'échelle DES ;
- le troisième groupe est constitué de personnes hautement dissociées avec des parties dissociatives très franchement séparées les unes des autres et fonctionnant chacune de façon autonome avec une perspective à la première

personne (je). Ce serait le troisième groupe de Zanarini, constitué de patients cotant 40 et au-delà à la DES.

Le trouble de personnalité borderline est donc hétérogène et il rend bien compte du continuum dissociatif. La catégorie diagnostique « *borderline* » regroupe des sujets dont le niveau de dissociation est variable : des individus ne présentant que des phénomènes d'absorption légère, donc à la limite de la normale, et des sujets présentant des symptômes d'amnésie et de dépersonnalisation, ce qui témoigne d'un état dissociatif plus sévère, entrant dans la catégorie des troubles dissociatifs. Certains sujets porteurs de ce trouble sont plus dissociés que d'autres, cette différence étant corrélée aux antécédents traumatiques plus ou moins sévères des sujets. Plus la traumatisation est précoce et sévère, et plus elle concerne l'atteinte corporelle, plus la dissociation est sévère.

On est donc amené à considérer l'existence d'un *continuum dissociatif* allant de l'absorption légère (dissociation non pathologique) à l'absorption sévère, qui signe l'entrée dans la dissociation structurelle. Sur ce continuum, les états du moi rencontrés dans les troubles de la personnalité témoignent d'un niveau de dissociation intermédiaire, dans lequel les Modes sont séparés les uns des autres, mais sans amnésie entre eux. Dans certains troubles de la personnalité, dont les borderlines, on peut rencontrer des niveaux de dissociation qui atteignent celui de la dissociation structurelle.

Plus la traumatisation a été intense, fréquente, plus elle a duré longtemps, plus elle a concerné l'atteinte du corps et plus elle a débuté tôt dans l'enfance, plus la dissociation de la personnalité sera complexe et plus il existera de symptômes somatoformes. À l'extrême, le *trouble dissociatif de l'identité* représente une dissociation complète avec plusieurs parties dissociatives qui s'ignorent parfois l'une l'autre, du fait d'une amnésie dissociative (figure 4.3).

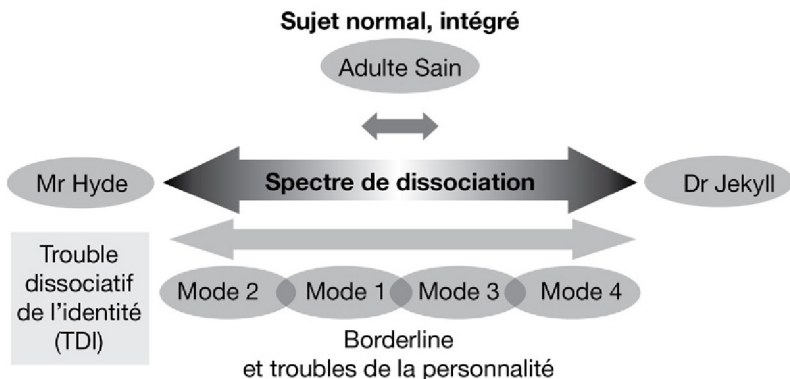


Figure 4.3. La dissociation de la personnalité : un continuum depuis la normalité jusqu'à la dissociation structurelle de la personnalité.

Il est donc important, lorsqu'on pose un diagnostic de trouble de personnalité borderline, de rechercher des symptômes de dissociation pour en évaluer le niveau de sévérité. Cette recherche est notamment importante lorsque le sujet rapporte spontanément des antécédents d'abus physiques et/ou sexuels dans son enfance, voire sa petite enfance. Des outils d'évaluation des symptômes dissociatifs sont utiles à cet effet. L'échelle DES de Bernstein et Putnam est un instrument de passation rapide qui permet d'orienter assez rapidement sur ce point. D'autres outils pourront compléter l'évaluation : le SDQ-20 (*Somatoform Dissociation Questionnaire*, 20 items) d'E. Nijenhuis, qui explore les symptômes somatoformes ; le SCID-D (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders*) de M. Steinberg, qui passe en revue les critères DSM-IV des troubles dissociatifs ; l'ITDST (interview pour troubles dissociatifs et symptômes liés au trauma) de S. Boon et al., qui est le plus complet, explorant les symptômes psychoformes et somatoformes.

5 Conceptualisation de cas

Après avoir passé en revue les aspects théoriques qui assurent les fondements de la thérapie des Schémas, envisageons maintenant cette thérapie dans ses aspects pratiques. C'est, naturellement, par la conceptualisation de cas qu'il convient de débiter.

Identifier les problèmes actuels et les objectifs thérapeutiques

Cette étape de la conceptualisation ne présente pas d'originalité par rapport à une prise en charge en thérapie cognitivo-comportementale classique. Nous insisterons donc peu sur cet aspect. En posant des questions qui orientent le patient vers des exemples concrets destinés à illustrer ses difficultés actuelles, le thérapeute parvient à définir de façon opérationnelle les problèmes actuels et des objectifs thérapeutiques précis.

Par problèmes actuels, on entend tout ce que le sujet est capable de décrire de ses difficultés actuelles. Le thérapeute sera ainsi rapidement amené à identifier un trouble panique, une anxiété sociale, un trouble du comportement alimentaire, une dépendance à une substance, des difficultés relationnelles, une procrastination, etc.

Chacun de ces problèmes fera l'objet d'une analyse fonctionnelle, en faisant porter l'analyse sur des situations concrètes, du présent ou du passé du sujet ; en répétant les analyses, le thérapeute se forge une idée plus générale pour chaque problème ; et en analysant les différents problèmes, la conceptualisation s'élargit encore.

Il faudra également repérer les contre-indications à la thérapie : l'existence d'un trouble mental aigu sévère non traité, tel qu'un trouble dépressif majeur ou un trouble psychotique aigu délirant, impose de différer des techniques émotionnelles comme l'imagerie et nécessite une prise en charge préliminaire.

De même, une addiction à une substance (alcool, cannabis, etc.) avec consommation actuelle élevée empêchera la thérapie et devra être abordée en premier.

Enfin, si le problème est ponctuel et non lié à une pathologie psychique chronique, il n'y a pas indication de se lancer dans une thérapie des Schémas.

Historique ciblé

Les problèmes actuels ayant été définis, on les étudiera un par un, en cherchant à en tracer l'historique au travers de la vie du sujet, à la recherche de mécanismes répétitifs ou *scénarios de vie* [18]. Ces derniers seront identifiés

par des enchaînements au cours desquels des événements activateurs identiques déclenchent des cognitions, des émotions et des comportements similaires, et qui se répètent au travers du temps et des diverses situations. On recherchera notamment ces éléments dans les situations de performances (difficultés scolaires et professionnelles), dans les situations relationnelles (professionnelles, amicales, sentimentales). On recherchera aussi les traumatismes infantiles.

Analyse fonctionnelle

Chacun des problèmes actuels sera étudié indépendamment, par des analyses fonctionnelles situationnelles, en tenant compte de la vie entière du sujet, et en recherchant, sur des situations typiques du problème étudié :

- les stimuli déclencheurs ;
- les émotions, les pensées automatiques et les comportements ;
- les croyances conditionnelles, qui gouvernent les Stratégies – que se passerait-il selon vous si vous aviez un comportement différent ?
- les Schémas : à partir des cognitions superficielles que sont les pensées automatiques, on recherchera des cognitions plus profondes (technique de la flèche descendante). À partir des émotions, on se servira de la technique d'imagerie pour rechercher des événements anciens ayant généré les Schémas.

Il s'agira aussi :

- d'identifier les modes à l'aide des états émotionnels, Schémas et Stratégies ;
- de définir les éléments de maintien du Schéma (renforcement) : les distorsions cognitives, les conséquences du comportement, le rôle de l'entourage.

Exploration des Schémas

Flèche descendante

Appliquer la méthode de la flèche descendante consiste à utiliser les pensées automatiques du sujet afin, par le questionnement socratique, d'en dégager les thèmes importants et récurrents, en allant des cognitions les plus « superficielles » à celles, dites « profondes », qui sont du niveau inconscient des Schémas ou qui s'en approchent.

Exemple 1

Didier, 29 ans, présente un trouble de personnalité obsessionnel-compulsif. Dans cet exemple, on analyse un rituel de vérification.

- Situation : je sors de chez moi, je ferme la porte de l'appartement.
- Pensées automatiques : ai-je bien éteint la lumière ? Ai-je bien fermé les robinets ? Est-ce que la porte d'entrée est bien verrouillée ?



▷ Q : (*Flèche descendante*) Si vous ne vérifiez pas la fermeture de la porte, que craindriez-vous ? (Cette question cherche à faire verbaliser la Stratégie qui sous-tend ce rituel.)

R : C'est impensable : je serais beaucoup trop angoissé ; je crains de dépenser de l'argent en électricité, j'ai peur d'inonder le voisin, ou que quelqu'un entre chez moi pour me voler des choses.

Q : Supposons que vous soyez très riche : auriez-vous toujours peur d'une dépense d'électricité ?

R : Non, bien sûr. En fait, ce que je crains surtout – et ce n'est pas une question d'argent – c'est qu'on entre pour dérober des *choses auxquelles j'attache une valeur affective, des choses que j'ai depuis longtemps, qui sont stables à mes côtés.*

→ Les mots prononcés par le sujet sont sur le thème du *Schéma d'Abandon/Instabilité*.

Didier évite l'anxiété provoquée par son Schéma d'instabilité par un comportement de contrôle (Stratégie de compensation) : « Si je veux éviter que mon environnement devienne instable, c'est à moi d'agir ». À 10 ans, Didier rangeait sa chambre et ses affaires personnelles ; sa mère présente un trouble bipolaire et il l'a toujours connue dépressive. Pour éviter de fatiguer sa mère, il a ressenti très tôt qu'il devait se prendre en charge et réduire la charge des tâches domestiques de celle-ci.

Autre situation, toujours concernant Didier : son amie Magali a 15 min de retard.

– Émotion : anxiété

– Pensées automatiques : était-ce prévu ? Que fait-elle ? A-t-elle rencontré quelqu'un ? Je ne lui fais pas confiance.

– Comportement : vérification téléphonique

→ *Schéma de Méfiance*.

Autre situation : Didier fait son lit. « J'essaie de faire mon lit en jetant simplement la couette... et là, ça démarre... »

– Émotion : anxiété

– Pensée automatique : tu n'as pas fait les choses comme il faut.

– Comportement : alignement, rectifications durant une demi-heure ou plus.

Q : (*Flèche descendante*) Que craindriez-vous si la couette restait dans son état initial ?

R : Il va m'arriver quelque chose : plus d'eau chaude dans la douche, ou autre chose de négatif dans la vie courante, par ma faute : ce sera une *punition pour mon mauvais comportement*.

→ *Schéma de punition* appartenant au Mode Parent Punitif de Didier, avec Stratégie de soumission à ce Mode.

Exemple 2

Sandra, 30 ans, présente une anxiété sociale. Dans la situation étudiée, elle fait son ménage.



- ▷ – Pensées automatiques : je ne vais pas avoir le temps de tout faire.
 – Comportement : elle s'active avec fébrilité, en voulant tout faire le même jour.
 Q : Que se passerait-il si vous ne terminiez pas ?
 R : On pourrait dire que ma maison n'est pas propre, que je néglige ma maison, j'aurais honte ; beaucoup de gens sont critiques.
 → *Schéma de Méfiance*.
 Q : Si une personne venait chez vous et se forgeait un tel jugement, quelle conséquence redouteriez-vous ?
 R : Ça risque de se savoir.
 Q : et alors ?
 R : Il se pourrait qu'on refuse de me côtoyer, de me parler.
 Q : Que craindriez-vous alors ?
 R : Je me sentirais isolée, perdue, car je manquerais de relations affectives.
 → *Schémas de Manque Affectif et de Méfiance*.
-

Lorsqu'un sujet est sous l'influence d'un Schéma, il réagit comme lorsqu'il était enfant, en termes d'émotions, de cognitions et de comportements. Le thérapeute explique :

- le rôle adaptatif des Stratégies qui ont été mises en place dans l'enfance, dans le but de s'adapter à l'environnement infantile ;
- qu'avec le temps, ces Stratégies ont été généralisées au monde dans son ensemble ;
- et enfin que le monde actuel n'est plus celui de l'enfance et que les Stratégies sont devenues inadaptées et doivent être changées.

Dans cette attitude, le thérapeute entre en empathie avec les Schémas et les Stratégies de l'enfant, et cherche à confronter ces Schémas et Stratégies avec la réalité actuelle : c'est l'attitude de *confrontation empathique*. Tout au long de la thérapie, le thérapeute oscillera entre empathie et confrontation ; au début du traitement, il se devra d'être surtout empathique, puis il devra progressivement évoluer vers de plus en plus de confrontation, au fur et à mesure que le sujet pourra l'intégrer.

Le but de la thérapie des Schémas est donc de modifier : d'une part les Schémas Précoces, pour les assouplir, et d'autre part les Stratégies Précoces, car elles contribuent à maintenir ces Schémas. Un travail qui ne porterait que sur les Schémas serait inachevé.

Technique d'imagerie diagnostique

Principes

La technique d'imagerie diagnostique est le pendant émotionnel à la technique cognitive de la flèche descendante. L'idée qui est à l'origine de cette méthode est la suivante. Nous avons vu (chapitre 1) que les Schémas – et donc les modes – sont présents dans le système nerveux central sous la

forme de *réseaux neuronaux* qui se sont constitués au fur et à mesure des expériences vécues par l'enfant, puis l'adolescent, et qui se sont régulièrement enrichis au cours de la vie du sujet. Ces réseaux ont encodé dans leurs synapses des souvenirs, des *images*, des *émotions*, des *sensations physiques*, des cognitions. Lors d'événements déclencheurs du présent, ces réseaux s'activent et le sujet ressent des émotions, des sensations corporelles, qui sont des éléments encodés dans ledit réseau neuronal (figure 5.1).

Le principe de la technique d'imagerie est d'explorer le réseau à partir d'un état émotionnel du présent pour retrouver des situations du passé qui ont contribué à l'installation du réseau d'un Schéma ou d'un mode. Il s'agit donc d'utiliser les situations du présent chargées en émotions pour naviguer dans le réseau à la recherche de situations anciennes. La méthode active les Schémas et les Modes. Ainsi, on cherche à établir *un lien entre les problèmes actuels et les événements de l'enfance et de l'adolescence du sujet*. La technique, fondée sur les émotions, permet au patient de ressentir ce lien (figure 5.2).

Les buts d'une séance d'imagerie sont donc :

- l'identification des Schémas, afin que le thérapeute puisse conceptualiser les difficultés du patient ;
- la connaissance de ses Schémas et Modes par le patient lui-même : en ressentant émotionnellement ses Schémas, il passera d'une compréhension intellectuelle de ses difficultés à un état de ressenti émotionnel de celles-ci ;
- l'identification par le patient de l'origine infantile des Schémas ;
- la constitution par le sujet d'un lien émotionnel entre l'origine infantile de ses Schémas et ses problèmes actuels.

Technique

Le début de séance comprend la mise en place d'un *lieu sécurisant en imagerie mentale*. Pourquoi un lieu sûr au départ ? Le premier intérêt de cet exercice



Figure 5.1. Imagerie diagnostique.

Le réseau du schéma est responsable d'émotions dans le présent.



Figure 5.2. Imagerie diagnostique.

Les émotions dans le présent permettent d'explorer les Schémas.

est d'entraîner le patient à l'exercice, sur une image non perturbante. Ce lieu sûr permettra également de retrouver une image de refuge, si la suite de la séance d'imagerie devait s'avérer perturbante. On demande donc au patient de fermer les yeux et de créer l'image d'un endroit agréable, et où il se sent en parfaite sécurité. Cet exercice est parfois difficile, car certains patients ont beaucoup de mal à trouver un endroit sûr. On procède alors par étapes successives, comme suit.

Tout d'abord, on incite le patient, yeux fermés si possible, à explorer ses points de contact avec le support sur lequel il est installé (le sol, le fauteuil), puis à ressentir la pesanteur sur ces différents points de contact, et enfin à chercher à relâcher le plus possible les muscles au contact de ces points pour augmenter la sensation de pesanteur. Puis on continue, au travers de cette approche fondée sur la méditation de pleine conscience, en proposant à la personne de se focaliser sur ses narines, sur l'air qui entre et sort, la température de cet air et ses variations lors des mouvements respiratoires ; puis de suivre l'air jusque dans son thorax et son ventre, en explorant les mouvements du corps et les frottements des vêtements. Ensuite, on proposera de faire durer l'expiration, deux à trois fois plus longtemps que l'inspiration, afin de stimuler le parasympathique. Pour des patients qui ont du mal à trouver un endroit sûr, on proposera de chercher d'abord trois ou quatre couleurs que la personne aimerait voir dans son endroit sûr. Souvent, avec l'aide des couleurs, une image finit par se construire. On incitera le patient à décrire l'image, en l'amenant à explorer de façon détaillée ses diverses perceptions (visuelles, auditives, olfactives, tactiles) de cet environnement, de façon à ce que l'image soit vécue comme l'instant présent. On l'amènera également à s'intéresser à, et à décrire les sensations corporelles qui accompagnent cette scène : « Où dans votre corps ressentez-vous le bien-être que vous procure cet endroit sûr ? », et ce afin d'habituer le sujet à explorer son ressenti corporel, chose qui n'est pas du tout habituelle chez bien des gens. L'exploration des Schémas passe en effet par les sensations corporelles et le vécu émotionnel.

Dans un deuxième temps, on demande au sujet d'effacer cette image et de la ranger dans sa mémoire afin de la retrouver facilement si le besoin s'en fait sentir.

Puis on l'incite à retrouver un moment de forte émotion de la vie actuelle, ou de la séance actuelle. Les étapes sont alors les suivantes :

- demander de chercher, en restant concentré sur cette émotion, une *image* d'un événement ancien, en remontant le plus loin possible dans le temps, où la même émotion a été ressentie ;
- demander une description détaillée des éléments contenus dans cette image (lieu, *âge du sujet*, personnages en présence, action qui se déroule) ;
- faire une analyse fonctionnelle sur la situation décrite et conceptualiser : faits, émotions, pensées automatiques, comportement, Schémas, Stratégies,

en insistant sur le rôle adaptatif de ces Stratégies à cette époque pour le patient.

La fin de la séance d'imagerie comporte un retour à l'image sécurisante initiale ; cette étape est facultative et ne sera nécessaire que si le sujet reste émotionnellement perturbé en fin de séance d'imagerie. Ce retour à un lieu sûr permet au patient de récupérer de son émotion, avant d'ouvrir les yeux.

La séance ne sera terminée qu'après avoir incité le patient à exprimer un feedback de synthèse sur ce qu'il vient de vivre, en lui demandant :

- de rappeler de quelle émotion il est parti ;
- quel lien il voit entre cet état émotionnel de départ et l'image retrouvée au cours de la séance d'imagerie.

Donc, grâce au « fil d'Ariane » de l'émotion, on parvient à obtenir des informations précieuses sur les Schémas, les Stratégies et les conditions de leur début, et le patient ressent son Schéma au niveau émotionnel.

Exemple 1

Julien consulte pour un trouble panique. Cet homme de 42 ans, cadre supérieur, présente des crises d'anxiété spontanée le soir, chez lui, depuis 6 mois. Il perçoit des palpitations qui l'inquiètent et prend son pouls ; il a peur de mourir. L'exploration de ces moments d'anxiété en imagerie lui fait retrouver la scène suivante : « J'ai 5 ans. Avec ma petite sœur, 4 ans, nous nous sommes cachés sous le lit pour éviter les coups de martinet de ma mère... Nous avons dû faire une bêtise. Quand ma mère était en colère, elle ne se contrôlait plus et ça faisait très mal. » L'émotion décrite dans ce souvenir est la peur. « On avait peur d'être frappés et d'avoir mal. Je protégeais souvent ma sœur, donc j'en prenais un peu plus. Un jour, elle m'a passé par la fenêtre » (du rez-de-chaussée !). Au cours du débriefing de fin d'imagerie, Julien déclare : « Je réalise que ces crises se produisent le soir lorsqu'il y a eu un conflit au travail avec mon supérieur » (femme très critique, contrôleuse). Dans ce cas, la méthode d'imagerie a permis au patient de comprendre son anxiété et de faire le lien entre ces crises et les événements relationnels au travail. La prise en charge s'est alors orientée vers une prise en charge du stress professionnel et les techniques d'affirmation de soi. Cet exemple simple, qui ne porte que sur un trouble panique isolé, montre l'utilité de la technique d'imagerie dans bien des situations, en dehors des troubles de la personnalité.

Exemple 2

Martine est une femme de 40 ans qui demande de l'aide pour un état dépressif. Elle a été en arrêt de travail pour dépressions avec idées suicidaires et lombalgies durant un an et elle a repris son travail à mi-temps thérapeutique depuis 6 mois. Elle accepte sans répondre toutes les critiques de son mari, ainsi que de son supérieur au travail. Elle se sent mise de côté au travail et non respectée par son mari. Une analyse situationnelle montre que, lorsque son employeur la ►

- ▷ critique injustement (« Vous êtes payée à ne rien faire ! »), elle se sent anxieuse et coupable, avec des pensées automatiques de dévalorisation. Son comportement inhibé, sans réponse, valide la critique et renforce chez elle l'idée d'infériorité (Schéma d'Imperfection). Un exercice d'imagerie à partir de l'émotion d'anxiété ressentie dans cet événement ramène l'image suivante : « J'ai 8 ans (elle est l'aînée de trois enfants). Avant de partir à l'école j'ai fait le ménage de la cuisine, comme d'habitude, et ma mère vérifie la plaque de cuisson... "Cette grille n'est pas propre !" Ma mère m'envoie la grille à la figure et me donne des coups de martinet sur les cuisses ». L'émotion dans ce souvenir est la peur et la honte (« Que dire aux copines quand elles verront mes marques ? »). Dans ce genre de situations, la fillette obéissait sans répliquer : « Il fallait toujours se taire ». Cet exemple a permis à la patiente d'identifier les origines de son Schéma d'Imperfection et de sa Stratégie d'Assujettissement.
-

Exemple 3

Reprenons le cas de Didier, étudié plus haut lors de la technique de la flèche descendante dans une situation où il vérifiait la fermeture de sa porte d'entrée. Rappelons que cet homme de 29 ans a grandi au contact d'une mère bipolaire. Il est le dernier d'une fratrie de quatre garçons. Il présente des rituels compulsifs depuis l'enfance, lesquels se sont majorés depuis qu'il a emménagé dans son appartement où il vit seul depuis 6 ans. La flèche descendante a déjà révélé, à partir de l'analyse situationnelle d'un rituel de vérification, un Schéma d'Abandon/Instabilité. La même situation a été explorée en imagerie ; l'anxiété devant la porte d'entrée, à l'idée que celle-ci pourrait rester non verrouillée, permet de retrouver l'image suivante : « J'ai 6-7 ans, à table avec mes frères. Maman amène un plat qui est froid. Mon père s'énervé, puis maman pleure. On nous envoie dans nos chambres. Je me dis : pourquoi n'arrive-t-on pas à la rendre heureuse ? »

Thérapeute : Quand vous dites « on », de qui parlez-vous ?

Patient : De moi et mes frères.

(Les accès de colère de son père, la fragilité émotionnelle de sa mère impressionnent Didier, qui se sent responsable de la tristesse de sa mère.)

Exemple 4

Claire, 25 ans, étudiante, présente une personnalité évitante. Elle se dit anxieuse depuis sa petite enfance, avec des antécédents d'hypocondrie et d'émétophobie. Actuellement, son anxiété sociale s'est surtout fixée sur la crainte d'avoir besoin d'aller déféquer lorsqu'elle est en public. Dès qu'elle sort de chez elle, elle redoute d'avoir un malaise ou d'avoir besoin d'aller aux toilettes, et ce sous le regard d'autrui.

Ses pensées automatiques dans ces situations anxiogènes sont les suivantes : « Les autres vont me juger, penser que je suis faible, que je suis incapable de me contrôler. » Elle adopte des comportements d'évitement, lorsqu'elle doit sortir ▷

▷ avec des amis, ou même parfois aller en cours. En plus de son anxiété sociale, elle présente un trouble panique, notamment au lever : elle ressent spontanément, sans événement activateur identifié, des palpitations, une oppression respiratoire, du mal de ventre. Il existe donc des attaques de panique spontanées, avec les pensées automatiques suivantes :

- je ne suis pas capable de me contrôler ;
- Je ne vais pas m'en sortir, ce sera toujours ainsi.

Le questionnement socratique à partir de ces cognitions superficielles (technique de la flèche descendante) donne le résultat suivant : « Je ne sais pas me contrôler » (*Schéma de manque de contrôle*) et « mes amis vont me laisser tomber » (*Schéma d'Abandon*).

La technique d'imagerie, appliquée à partir d'une situation d'anxiété survenant régulièrement le matin au lever, avant de partir à la fac, lui a permis de rechercher une situation du passé lointain au cours de laquelle la même émotion a été vécue. Claire rapporte alors le souvenir suivant.

« J'ai 5-6 ans, et ma mère me dépose au club de gymnastique.

- Je dis que j'ai mal au ventre (j'ai peur de chuter, à la poutre).
- Elle me dépose sur le parking, fronce les sourcils, avec un regard critique et sceptique.
- Je vais donc seule à la gym, et mon entraîneur insiste pour la poutre.
- Émotion : anxiété.

– Pensées automatiques : j'ai peur de tomber de la poutre, mon entraîneur ne me comprend pas et insiste. Ma mère ne tient pas compte de ma demande. Elle trouve que j'exagère. Elle ne tient pas compte de ce que je lui dis ni de ma peur. Elle ne m'aide pas. Je voudrais qu'elle discute avec l'entraîneur. Je me sens seule face à mon problème. Je ne peux pas compter sur elle.

La technique d'imagerie a permis de retrouver, à l'origine de cette anxiété, un trouble de l'attachement, avec un style d'attachement de type insécurisé-évitant qui contrôle la vie de Claire depuis son enfance, l'empêchant de se sentir en sécurité dans sa vie quotidienne. Pour reprendre les notions envisagées au chapitre 2 concernant les systèmes comportementaux, la relation d'attachement avec sa mère ne lui a pas transmis qu'elle pouvait s'autoréguler émotionnellement, si bien qu'elle n'a pas appris que l'exploration de l'environnement et des relations avec les autres pouvait se faire sereinement et même avec le plaisir de la curiosité : son système d'Exploration est resté inhibé par le système défensif de la Peur.

Les questionnaires

Questionnaire des Schémas de Young (YSQ) (voir Annexe 1)

À partir des pensées automatiques retrouvées chez les patients porteurs de troubles de personnalité, Young et ses collaborateurs ont pu décrire un certain nombre de Schémas et il a été établi un questionnaire, destiné à mesurer ceux des Schémas Précoces qui sont actifs chez un patient.

Le questionnaire des Schémas de Young (*Young Schema Questionnaire* [YSQ]) existe sous deux formes : une forme courte (YSQ-S3), à 90 items, et une forme longue (YSQ-L3), à 220 items. La forme courte est surtout utile pour la recherche, car elle est plus simple à utiliser sur des échantillons de populations importants. La forme longue est celle utilisée en thérapie individuelle. Les deux formes du questionnaire se présentent sous la forme d'affirmations qui décrivent certains ressentis concernant les Schémas ; pour chaque Schéma, le questionnaire propose plusieurs items.

Pour chaque item, le patient cote de 1 à 6 la façon dont cette affirmation le décrit plus ou moins bien. Le thérapeute prête surtout attention aux items cotés 5 ou 6. Lorsqu'un Schéma présente au moins 3 items cotés 5 ou 6, il est considéré comme étant actif chez le sujet.

Le thérapeute utilise les items fortement cotés pour inciter le patient à parler de son Schéma en posant des questions du type suivant : « En quoi cet énoncé, que vous avez coté 5, se rapporte-t-il à votre vie ? Pouvez-vous me donner des exemples de situations que vous avez vécues et qui vous incitent à ressentir les choses ainsi ? » Par ailleurs, certains énoncés peuvent être à l'origine de révélations importantes, tel l'item 43 de la forme longue : « J'ai été physiquement, émotionnellement, ou sexuellement abusé(e) par des personnes importantes de ma vie », ou encore l'item 64 : « J'ai des secrets que je ne veux pas que mes proches découvrent ».

Il faut bien comprendre que les réponses au questionnaire des Schémas doivent être exploitées avec prudence. En effet :

- les borderlines cotent très haut la quasi-totalité des Schémas ;
- les évitants cotent très bas de nombreux Schémas ;
- les narcissiques « s'arrangent » pour certains Schémas (droits personnels exagérés, manque de contrôle).

Ce questionnaire n'est donc qu'un à-point ; il ne peut être l'instrument unique de la conceptualisation, et doit être utilisé par un thérapeute entraîné.

Questionnaire des attitudes parentales (*Young Parenting Inventory* [YPI]) [8]

Cet instrument permet d'obtenir des informations sur les attitudes parentales qui ont pu contribuer aux Schémas du patient. Pour chaque item, le sujet évalue séparément sa mère et son père, avec une échelle de 1 à 6. Tout Schéma ayant au moins un item coté 5 à 6 est à prendre en compte. Attention : les résultats aux items de 1 à 5 (Manque Affectif) doivent être interprétés de façon inversée (les scores significatifs seront donc : 1 et 2). Il peut être utile de comparer les résultats du YSQ à ceux du YPI : les concordances comme les incohérences sont intéressantes. Les scores bas au YPI pour des Schémas fortement cotés au YSQ peuvent être le signe d'attitudes d'évitement ou de compensation chez le sujet.

Étude de la relation thérapeutique

La relation thérapeutique est le lieu d'événements activateurs des Schémas Précoces et des Stratégies Précoces du patient. Un chapitre ultérieur lui sera consacré (voir chapitre 11), mais il est important de signaler ici que la relation entre le patient et le thérapeute constitue pour le thérapeute un milieu d'exploration des difficultés relationnelles du patient. Il faut donc analyser les difficultés relationnelles en collaboration avec le patient. Régulièrement, la relation provoquera des réactions du patient qui devront être analysées : quel a été l'événement activateur ? Quelle est l'émotion du patient ? Quelles sont ses pensées automatiques ? Quelle est sa tendance comportementale ? Peut-il retrouver des souvenirs de personnes avec qui la même chose a pu se dérouler par le passé ? Là encore, la technique d'imagerie pourra être utilisée pour obtenir des informations importantes.

Étude du tempérament émotionnel

Il est important de rechercher, dans la relation thérapeutique et dans les données apportées par le patient, voire par son entourage, les traits de tempérament émotionnel. On pourra, pour cela, s'inspirer du modèle de C.R. Cloninger [16], qui reconnaît quatre Facteurs de Tempérament :

- le facteur Évitement du danger : les sujets qui expriment fortement ce facteur sont pessimistes, craintifs, timides et fatigables. Les sujets qui expriment peu cette dimension sont, à l'opposé, optimistes, entrepreneurs, pleins d'énergie ;
- le facteur Recherche de la Nouveauté : ces personnes sont exploratrices, impulsives, irritables et excessives. À l'autre extrémité de ce trait, on rencontre des personnes réservées, rigides, parcimonieuses ;
- le facteur Sensibilité à la Récompense : il caractérise les sujets ouverts, chaleureux, agréables et affectueux. À l'autre extrême de cette dimension, les individus sont distants, critiques, détachés, indépendants ;
- le facteur Persistance : il définit les individus ambitieux, perfectionnistes, déterminés et travailleurs ; à l'opposé sont des gens paresseux, qui n'atteignent pas leurs objectifs.

Il est utile de chercher à reconnaître les traits de tempérament car, comme on l'a déjà vu, le tempérament est souvent un élément déterminant des Stratégies dysfonctionnelles ; cette évaluation aidera donc le patient à se connaître et s'accepter. Par ailleurs, lorsqu'il s'agira de changer ces Stratégies, la connaissance des traits tempéramentaux du sujet pourra aider à définir de nouvelles Stratégies d'adaptation, en accord avec sa constitution génétique.

Conceptualisation en termes de Schémas Précoces et Stratégies Précoces

Le thérapeute conceptualise et échange sa vision avec le patient, en lui expliquant qu'il s'agit d'une hypothèse. Cette conceptualisation sera réévaluée régulièrement, selon les informations apportées lors des séances. On privilégiera toujours les propos du patient, plutôt qu'une théorie, quelle qu'elle soit.

Diagramme de conceptualisation

On pourra représenter la conceptualisation en utilisant la [figure 5.3](#) (reprenant l'exemple de cas de Julie, p. 13) et échanger à ce sujet avec le patient. Le bas du diagramme explore le présent ; le haut du diagramme inclut des événements marquants du passé, ainsi que la conceptualisation en termes de

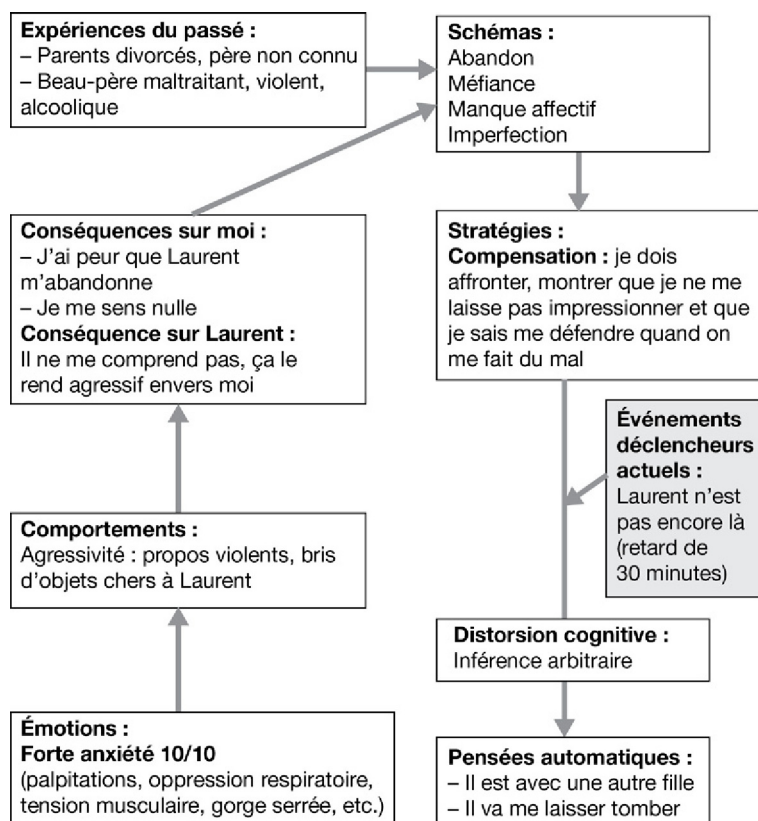


Figure 5.3. Exemple simple de conceptualisation cognitive sur un événement.

Schémas et Stratégies Précoces. À partir d'un événement, on cherche à identifier les émotions déclenchées, les pensées automatiques et le comportement de la personne. Dans les pensées automatiques, comme il a été dit plus haut (voir pp. 69-71), on peut distinguer celles qui expriment un ressenti, qui expriment les Schémas Précoces, et celles qui orientent le comportement (je dois agir ainsi, ou j'ai envie d'agir ainsi) : celles-ci témoignent des Stratégies. Les conséquences cognitives des comportements, enfin, sont des auto-évaluations qui ont un impact sur l'estime de soi et maintiennent les Schémas.

Ce diagramme permet de conceptualiser à partir d'une situation représentative d'un problème, comme dans l'exemple de la [figure 5.3](#). Il permet également des conceptualisations globales : en multipliant les exemples de situations analysées, en analysant les différents problèmes que décrit le patient, on parvient à une conceptualisation plus générale. Le diagramme permet d'inclure les résultats de l'exploration en imagerie, c'est-à-dire les situations du passé qui ont pu générer les Schémas et les Stratégies du sujet, et qui pourront être indiquées dans la case « expériences du passé » en haut du diagramme. On peut également faire figurer les distorsions cognitives.

Exemple 1 – Nadia (voir la conceptualisation à la [figure 5.4](#))

Nadia, 37 ans, est célibataire. Elle travaille comme assistante-secrétaire dans une société d'informatique. Je vais l'accueillir en salle d'attente : je découvre une jeune femme en proie à la terreur. Son attitude est figée, les genoux serrés, les mains posées sur les cuisses, le dos raide sur la chaise, comme au garde à vous, le front plissé, la tête un peu fléchie, le regard apeuré, regardant un peu par-dessous comme si elle s'attendait à être agressée.

Elle explique qu'elle a des difficultés relationnelles et je lui demande des exemples de situations dans lesquelles elle ressent ces difficultés. À partir des deux entretiens ci-dessous, on pourra établir la conceptualisation représentée à la [figure 5.3](#). Nadia : J'ai revu récemment une ancienne copine que je n'avais pas vue depuis plusieurs mois. Je me suis sentie mal à l'aise.

Thérapeute : pouvez-vous préciser de quelle émotion il s'agit ?

Nadia : J'avais peur. Je me suis dit qu'elle n'allait plus m'apprécier, que notre relation allait être différente. Qu'elle m'avait peut-être oubliée, que d'autres personnes lui avaient sans doute permis de s'investir, parce qu'elles sont plus gentilles, plus agréables que moi, plus intéressantes. (*Schémas de Carence Affective, d'Abandon, d'Imperfection*)

Thérapeute : Je vois. Quelle a été votre attitude à ce moment-là ?

Nadia : Dans ces cas, je me referme sur moi, je parle peu, j'écoute, je me sens bloquée. J'ai très peur du jugement des autres, depuis toujours.

Thérapeute : Pouvez-vous me donner d'autres exemples de situations dans lesquelles vous craignez le jugement des autres ? Au travail, est-ce également le cas ?

Nadia : Oui, là aussi. Lundi, nous avons eu une réunion, il y avait beaucoup de monde. Un responsable m'a fait part d'un changement : il me remplaçait dans ►

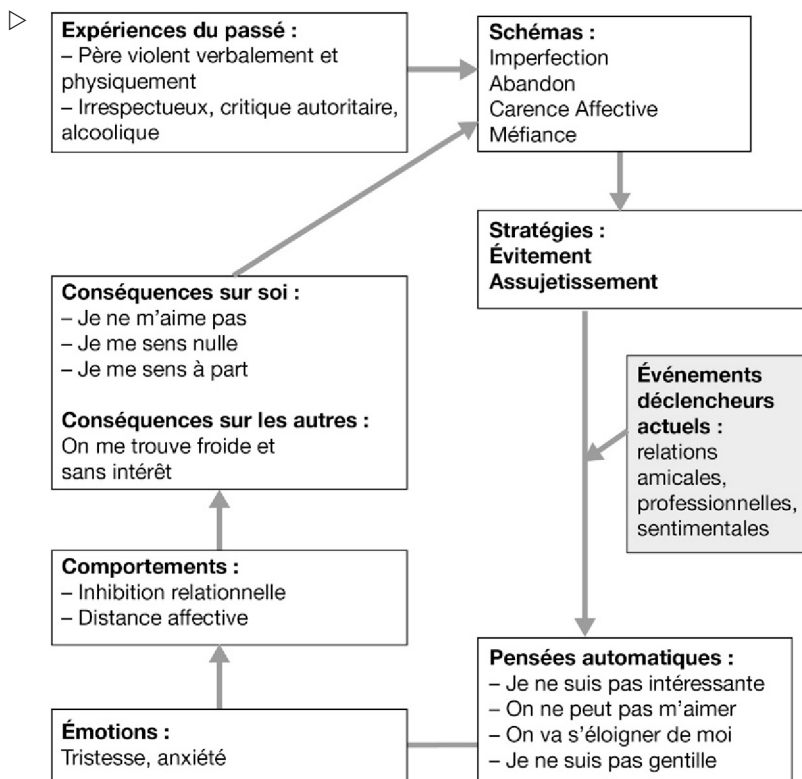


Figure 5.4. Diagramme de conceptualisation – Nadia.

une réunion par une autre collègue. Il m’a dit ça en public, tout le monde me regardait, cherchait à comprendre...

Thérapeute : Qu’avez-vous ressenti ?

Nadia : J’avais eu de la peine, je me sentais bloquée, inhibée, je sentais que mon visage était tendu.

Thérapeute : Quelles sont les pensées qui vous ont traversé l’esprit à ce moment précis ?

Nadia : Je me suis dit qu’on ne m’appréciait pas, que je ne répondais pas aux attentes de mes responsables.

Thérapeute : Comment avez-vous réagi dans cette réunion ?

Nadia : J’ai fait hm-hm, en opinant un peu de la tête, sans pouvoir rien dire.

Thérapeute : Et au niveau sentimental, avez-vous aussi des difficultés ?

Nadia : Je vis avec Laurent, il est séparé et il a deux enfants. Quand je lui dis ce que je pense de certaines de ces attitudes (comme d’avoir des activités sans moi les week-ends), j’ai peur de ne pas être gentille, de ne pas être agréable, de le blesser. Je ne me sens pas intéressante pour lui.

- ▷ Thérapeute : Puis-je vous demander comment vous vous sentez émotionnellement, en ce moment-même avec moi ? Depuis que vous êtes entrée, vous me paraissez très tendue... Un peu comme dans les deux premières situations dont vous venez de me parler, peut-être ?

Nadia s'effondre, son corps se relâche totalement et elle se met à pleurer.

Nadia : Tout ça remonte à mon enfance. À l'école, je me sentais exclue, j'avais du mal à m'adapter ; il faut dire que je me bagarrais, que donc je restais seule. Depuis l'école primaire, je ressens que l'on ne m'aime pas. Mon enfance n'était pas heureuse, j'ai grandi dans la violence. Mon père battait ma mère, il battait aussi ses enfants.

Nadia est l'aînée de 6 enfants, 5 filles et un garçon en troisième position dans la fratrie. Le frère est violent, il a battu sa femme, deux de ses dernières sœurs sont dépressives et violentes, avec « accès de furie ». La sœur venant en position deux dans la fratrie était le « chouchou » de son père qui la manipulait, lui demandant de surveiller sa mère et de lui en rendre compte, chose que Nadia avait refusé, provoquant la fureur de son père à son encontre. Cette sœur a fait de nombreuses tentatives de suicide et serait actuellement atteinte de schizophrénie. Le père est alcoolique, violent verbalement et physiquement. Nadia ne l'a pas revu depuis ses 17 ans, car elle ne souhaite plus le voir. Elle décrit sa mère comme non affectueuse et non attentionnée – « on est tout le temps en décalage » – et elle ne la voit plus depuis un an et demi.

Au cours de la deuxième séance, on analyse une situation qui fera l'objet d'une exploration en imagerie.

Nadia : C'est une réunion au travail. J'étais bien en allant à cette réunion, je n'appréhendais rien avant d'entrer dans la salle. J'arrive après tout le monde, et je suis la seule fille. Je m'installe et, brusquement, je me sens envahie par la peur (sensation d'étouffement), en voyant tous ces hommes assis.

Thérapeute : Quelles sont les pensées qui vous ont traversé l'esprit ?

Nadia : Je me dis que je suis la seule fille. Ces hommes vont remarquer mon malaise. Ils vont remarquer mon incapacité de gérer cette situation. J'ai peur de leur jugement : ils ne vont pas m'aimer. J'ai une très forte envie de m'enfuir... Heureusement, Florence est arrivée et je me suis sentie soulagée.

Thérapeute : Seriez-vous d'accord pour faire un exercice d'imagerie, dans lequel je vais vous demander de fermer les yeux pour explorer vos difficultés ? (Détails de la méthode.)

Nadia : Je vois une image où j'ai 6–8 ans. Je suis au salon parce que mon père m'a appelée en criant ; il est assis sur le canapé, derrière la table basse et sa bouteille de bière. Il occupe tout l'espace. « Tu es nulle, incapable, tu ne sais pas faire les choses. » Il occupe tout l'espace. C'est comme un tribunal ; je suis devant cette table, ne pouvant pas me défendre. « Il faut que tu fasses le ménage, que tu fasses à manger ; va me chercher une bouteille de bière ; sale pute, tu es bien la fille de ta mère ; il n'y a que ça à la maison, les filles, vous êtes toutes sales, et ton frère, c'est pas un homme. »

Thérapeute : Comment la petite Nadia se sent-elle ?

Nadia : Je suis effrayée ; tout peut se produire. Je ne suis pas tranquille.

Thérapeute : Que se dit-elle, dans sa tête ?



▷ Nadia : Je vais obéir à tout ce qu'il me demande pour qu'il se calme. Si je fais comme il veut, il trouvera peut-être que je suis gentille, peut-être qu'il va se calmer. Surtout, il ne faut rien dire, sinon il va encore plus se mettre en colère après moi.

Thérapeute : Y a-t-il d'autres personnes à la maison ?

Nadia : Tout le reste de la famille est planqué dans les chambres, de peur de recevoir des coups. Ce jour-là, ma mère avait probablement été frappée.

Après un passage apaisant par une image d'endroit sûr, on fait le débriefing.

Thérapeute : Nadia, vous souvenez-vous de quel moment du présent vous êtes partie et où vous nous avez conduit en suivant le fil conducteur de votre émotion ? Voyez-vous un lien entre les deux scènes ?

Nadia : Il y a un lieu visuel évident : avec ces hommes, dans la réunion, je me suis retrouvée « face à un tribunal », comme avec mon père qui envahissait tout l'espace ; je me suis sentie seule et toute petite, en face d'eux de l'autre côté de la table. Je réalise que cette terreur qui m'a envahie au début de la réunion est liée à ces peurs d'enfance, ces peurs de mon père, de ses critiques et de sa violence. En fait, quand j'ai peur des autres, actuellement, je réagis comme si j'étais toute petite face à mon père. Je reste terrassée par la peur, immobilisée, incapable de réagir. Je suis complètement soumise au jugement de l'autre. J'ai l'impression que je ne fais pas comme il faut et qu'on va me le reprocher.

Thérapeute : Oui, c'est votre partie Enfant Vulnérable qui est activée : vos Schémas Précoces de Carence Affective et d'Imperfection s'activent dans les relations avec les autres et vous réagissez avec vos Stratégies Précoces d'Évitement et d'Assujettissement. Et, bien sûr, vous imaginez que personne ne peut vous aider. Malgré tout ça, vous vous en êtes bien sortie dans la vie : il y a en vous quelque chose de fort ; c'est aussi cette partie forte qui a finalement décidé de demander de l'aide chez un psy. Nous allons pouvoir mettre à contribution cette partie forte – votre Adulte Sain – dans notre travail.

Exemple 2 – Joëlle (voir la conceptualisation à la [figure 5.5](#))

Joëlle, 49 ans, a eu plusieurs compagnons très irrespectueux, insultants, qui l'ont tous quittée. Actuellement, elle partage des moments avec Gérard depuis 6 ans. Il n'y a pas de vie commune car il s'y refuse. Il boit beaucoup, ne fait que ce qui lui plaît et refuse la plupart de ses demandes. Joëlle s'est mise souvent en colère et a menacé de le quitter... mais Gérard, manipulateur, arrive systématiquement à la culpabiliser et Joëlle ne parvient pas à s'éloigner de lui (« je suis méchante »).

– Symptômes : anxiété, avec peur de la mort.

– Schémas : Abandon, Manque Affectif, Punition.

– Stratégie : soumission.

Le problème avancé par Joëlle est le suivant : « je voudrais pouvoir le quitter : pourquoi cela m'est-il impossible ? »

On fait l'analyse fonctionnelle d'une situation bouleversante actuelle : à Noël, Gérard a refusé de venir dans ma famille, à Saint-Étienne ; motif : « je n'ai pas envie » (au téléphone).

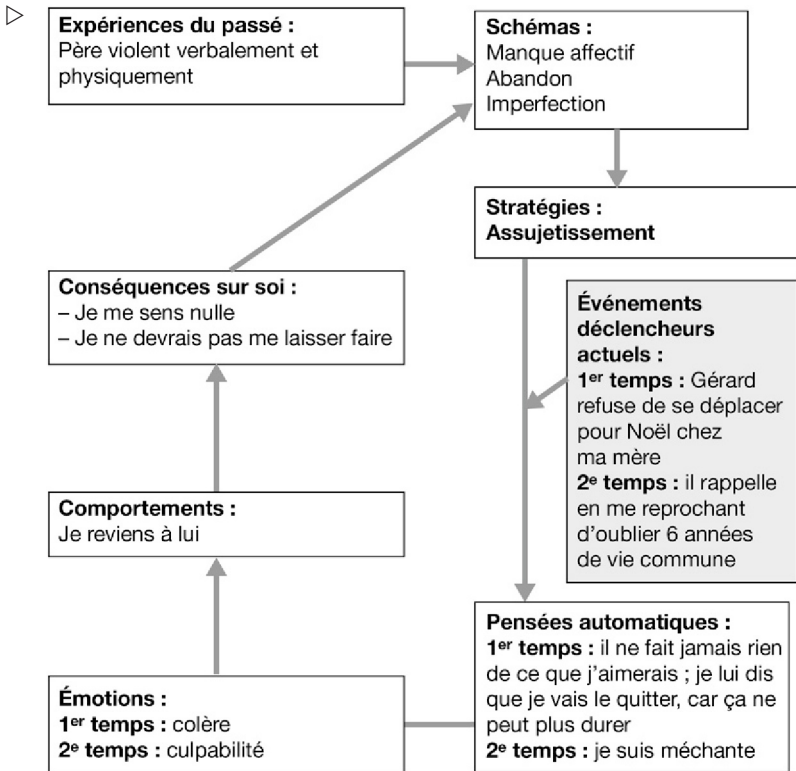


Figure 5.5. Diagramme de conceptualisation – Joëlle.

- Émotion de Joëlle dans cette situation : colère.
 - Pensées automatiques : il ne fait jamais rien de ce que j'aimerais. Je dois toujours lui obéir et aller manger le week-end chez sa mère.
 - Comportement : furieuse, je lui dis que je vais le quitter, car ça ne peut plus durer.
 - Réaction de Gérard : il me rappelle en pleurant : « tu ne m'aimes pas... tu tires un trait sur 6 ans de vie » ensemble »...
 - Réaction de Joëlle : Je me sens déboussolée, triste, je ne suis plus sûre de moi ; je me sens coupable : « je suis méchante. »
- L'attitude manipulatrice de Gérard a fait basculer Joëlle. Son ressenti initial était très sain : sa colère exprimait le sentiment de ne pas être respectée, une fois de plus. Mais après le coup de téléphone de Gérard, elle ressent de la culpabilité. Cette culpabilité est un sentiment très récurrent chez elle et on peut penser qu'il est en lien avec son enfance.

On propose une séance d'imagerie diagnostique à partir de cette émotion de culpabilité, afin d'en identifier l'origine.

▷ Joëlle : J'ai 7 ans environ ; je n'ai pas voulu obéir. Mon père, dans ces cas-là, me mettait à la porte : je me retrouve sur le trottoir, de nuit...

Thérapeute : Décrivez-moi bien ce que vous voyez, ce que vous faites, ce que vous ressentez, à quoi vous pensez.

Joëlle : Il y a des gens qui passent, ils me voient, j'ai honte, je suis collée à la porte, je tourne mon visage contre la porte tellement j'ai honte ; j'ai peur : il fait noir, je pleure, en demandant à entrer, mais la porte reste fermée, ça dure très longtemps, j'ai le cœur qui tape, je ne connais pas ces gens, j'ai peur qu'on m'emmène... Je promets que je ne serai plus méchante, j'obéirai...

Fin de l'imagerie.

Thérapeute : D'où êtes-vous partie ? Où nous avez-vous emmenés ? Quel lien voyez-vous entre le problème actuel et cet événement survenu à l'âge de 7 ans ?

Joëlle : Je fais avec Gérard comme avec mon père, je ne devrais pas me laisser faire.

Thérapeute : Quelle autre solution aviez-vous, à cet âge ?

Joëlle : Aucune, j'étais bien obligée d'obéir, de promettre que je ne recommencerais pas.

(Le père de Joëlle était particulièrement impulsif et menaçant : il l'a une fois menacée de la mettre dans un sac pour la jeter à l'eau.)

Thérapeute : (explication sur la Stratégie de Soumission ou Schéma d'Imperfection ; c'est elle qui est méchante, on doit la punir ; Joëlle s'entoure de compagnons successifs qui ne la respectent pas et la maintiennent en assujettissement. L'émotion de culpabilité qu'elle ressent lorsque Gérard la manipule est en lien, inconsciemment, avec la honte provoquée par les punitions de son père quand elle était petite.)

Étude des rêves

Les rêves récurrents, à forte teneur émotionnelle, expriment souvent des activations de Schémas et de Stratégies. Le rêve consiste en une recherche de solution à un problème – on pourra lire à ce sujet l'excellent livre de Bernard Lempert : *Le tueur sur un canapé jaune* [48].

On cherchera donc à faire une conceptualisation sur le rêve. L'élément activateur est symbolique ; ce qui est important, c'est l'étude des émotions, des pensées automatiques et des comportements du patient dans un tel rêve. Ils expriment les Stratégies et les Schémas du patient. Il ne me paraît pas possible de construire une conceptualisation uniquement à partir des rêves. Mais, lorsque l'on connaît suffisamment le patient et que l'on dispose déjà d'une conceptualisation fiable, le rêve pourra être décodé, comme le montre l'exemple suivant.

Exemple

François a 29 ans. Il présente un trouble de personnalité obsessionnel-compulsif. Sa mère, qui l'a eu très jeune, ne s'en est pas occupée et le père était absent physiquement et affectivement. Élevé par ses grands-parents ▷

▷ maternels, auxquels il était très attaché, il était comparé par la grand-mère à ses oncles (les propres fils de la grand-mère) qu'elle décrivait comme brillants scolairement, en se montrant très exigeante avec François. Le patient a un Schéma d'Instabilité/Abandon, lié au double abandon parental, et des Stratégies de Perfectionnisme et d'Hypercontrôle obsessionnel, liées à l'approbation conditionnelle par la grand-mère : « Je ne peux être aimé que si je suis parfait, notamment à l'école ». Corollaire : « Si je fais des erreurs, on risque de m'abandonner ». Ses Stratégies d'Hypercontrôle ont été responsables de la rupture d'une première relation amoureuse, car sa compagne se sentait délaissée par ce garçon qui consacrait le plus clair de son temps à ses activités sportives et à son travail, avec de nombreux comportements destinés à la recherche de la performance (préparation diététique pour les activités physiques, enregistrement des performances, préparations minutieuses de ses activités professionnelles, etc.). Cette première compagne l'a donc quitté et il est, au moment où il fait ces rêves répétitifs, en train d'emménager dans un nouvel appartement avec une nouvelle petite amie. Il est donc dans une période de travaux, perçage de trous, etc. François possède plusieurs chats qu'il affectionne tout particulièrement, et il fait un rêve répétitif qui est le suivant :

– Premier temps du rêve : j'exécute de façon implacable et froide une mission : assis sur le canapé, j'euthanasie mes chats en leur forant le front avec une perceuse. Je ne comprends pas pourquoi j'accomplis ce geste, mais je sais qu'il me faut le faire.

– Deuxième temps : je pleure mes chats, je suis séparé d'eux et de leur affection. Ce qui s'est produit est de ma faute.

On peut comprendre, connaissant le cas de ce garçon et sa conceptualisation, que la première partie du rêve exprime la Stratégie d'Hypercontrôle, automatique et froide, qui a des conséquences négatives sur les êtres qui lui sont chers (dans le rêve, ses chats). La deuxième partie du rêve exprime le Schéma d'Abandon : il pleure la perte de ses êtres chers. La conclusion de ce rêve est que sa Stratégie d'Hypercontrôle et de Perfectionnisme l'éloigne affectivement des êtres qui lui sont chers : par sa faute, il va les perdre. Ce rêve, survenu au moment où il démarrait une nouvelle relation sentimentale, le mettait en alerte sur ses travers et le dirigeait sur la piste d'une solution pour ne pas perdre son amie. Chercher à traiter ses Stratégies dysfonctionnelles en thérapie lui permettrait de garder l'affection de ses proches. Le partage de cette analyse avec l'intéressé a eu un effet spectaculaire et le rêve a cessé de se produire. Le décodage de ce rêve a été un élément important dans la thérapie (figure 5.6).

Il faut redire que cette analyse de rêve a été rendue possible parce que la conceptualisation du cas avait déjà été faite : dès lors, le rêve a immédiatement pris un sens. Tel n'aurait pas été le cas si le patient était arrivé en thérapie avec ce rêve lors d'une séance initiale. Il aurait alors fallu attendre plusieurs séances avant de pouvoir comprendre le contenu de cette activité onirique.

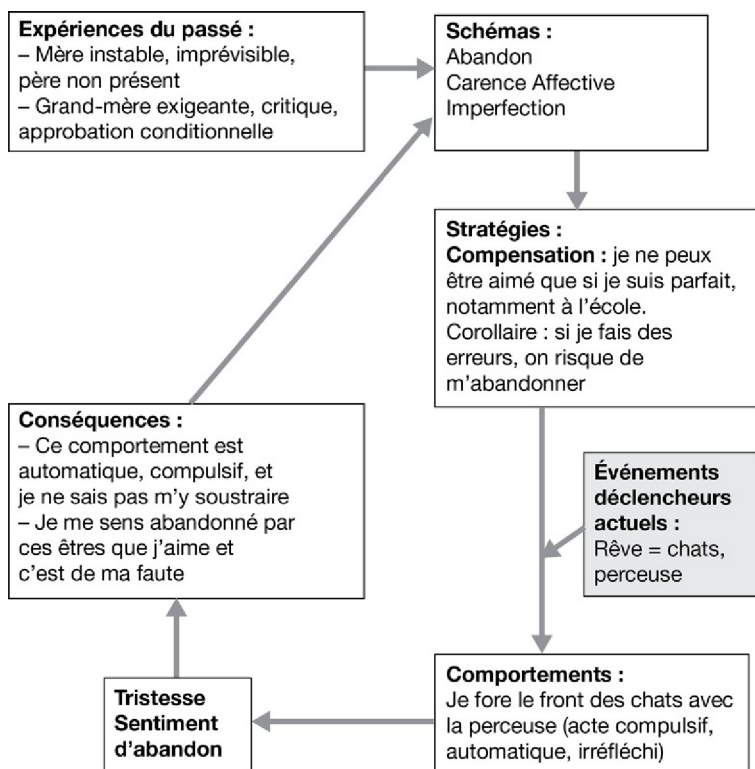


Figure 5.6. Exemple de conceptualisation cognitive sur un rêve – François.

Des Schémas aux Modes

Conceptualisation avec les Modes

Repérage des changements émotionnels

Dans les événements vécus rapportés par le patient, ainsi qu'au cours des séances, il pourra se produire qu'un état émotionnel domine la conscience du sujet ; lorsqu'il constate le passage d'un état émotionnel à un autre, le thérapeute peut alors reconnaître les émotions, les pensées et les comportements caractéristiques d'un Mode donné et partager cette conceptualisation avec le patient.

Dans certains cas tels que, comme ci-dessus, ceux de Nadia et de Joëlle, la conceptualisation en termes de Modes n'est pas indispensable, et on peut se contenter d'une analyse simple, en termes de Schémas et Stratégies. Néanmoins, même dans ces cas simples, on pourra toujours utiliser la conceptualisation fondée sur les Modes à titre pédagogique, avec un Mode

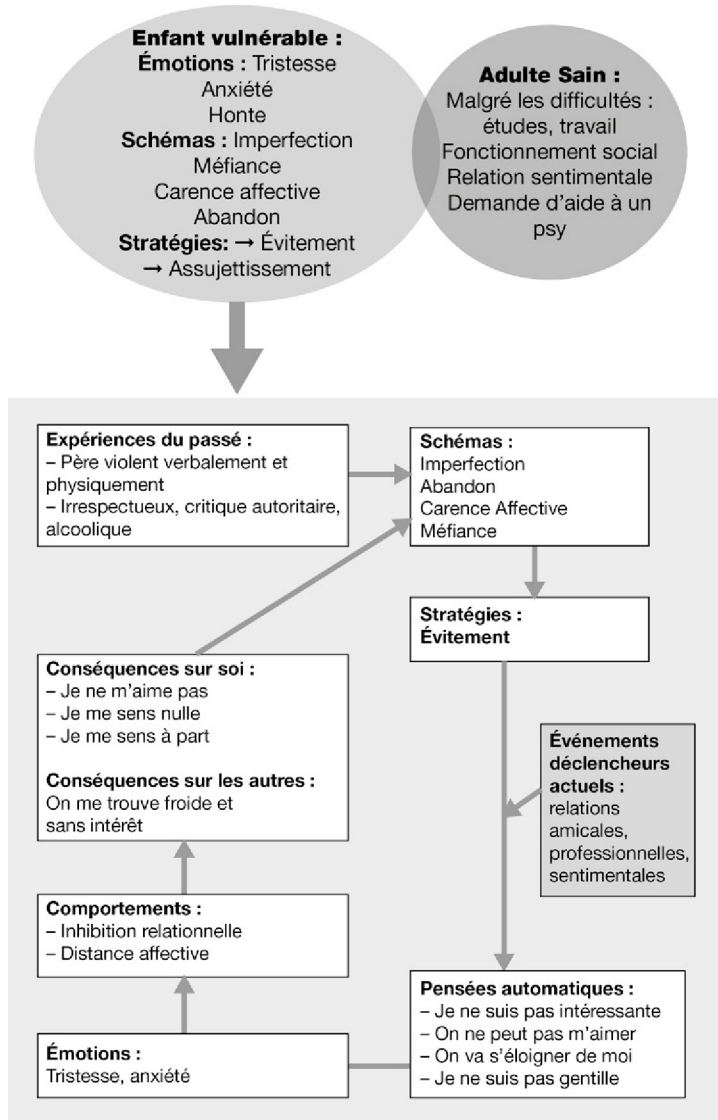


Figure 5.7. Les Modes chez Nadia.

Enfant Vulnérable et un Mode Adulte Sain, et ce dans le but de rappeler que le patient possède une partie forte (celle qui l'amène à demander de l'aide en thérapie par exemple, ou qui lui permet d'avoir une activité professionnelle). Cette identification de l'Adulte Sain aura un effet renforçateur sur des sujets qui, le plus souvent, n'ont jamais entendu de compliments sur leurs qualités et leurs capacités. Le diagramme de conceptualisation, utilisé plus haut, sera celui du Mode Enfant Vulnérable. La [figure 5.7](#) représente la conceptualisation du cas « Nadia », abordé plus haut.

Dans d'autres cas, la structure de personnalité sera plus complexe et l'utilisation des Modes deviendra indispensable pour la description de la personnalité, comme dans les trois exemples ci-dessous.

Exemple 1 – Françoise

Nous avons déjà fait connaissance avec Françoise au chapitre 4 (voir pp. 113-114). Rappelons ici que cette personne de 54 ans a subi une agression sexuelle à l'âge de 6 ans et qu'elle a présenté, à 42 ans, une hémorragie gynécologique au cours de laquelle elle s'est dit qu'elle allait mourir. Cet événement tardif a réactivé le souvenir enfoui de l'agression vécue à 6 ans. Depuis cette hémorragie, elle est dépressive et a présenté une tentative de suicide par défenestration. L'obésité est liée à une hyperphagie qui cherche à apaiser les émotions négatives de l'Enfant Vulnérable qui a honte de lui depuis son agression, qui se sent imparfait, méfiant et abandonné. La dépression est liée à la réactivation de ce Mode Enfant Vulnérable depuis l'hémorragie. Il existe un Mode qui avait été nommé initialement Autocritique, jusqu'à ce que la patiente s'aperçoive que ce Mode est l'internalisation de sa mère (voir plus loin le chapitre 10), un Mode Protecteur Détaché (boulimie, évitement de tout contact physique avec d'autres personnes).

On peut figurer la conceptualisation comme à la [figure 5.8](#).

Dans le cas de Françoise, le diagramme de conceptualisation utilisé précédemment permet de préciser le fonctionnement du Mode Enfant Vulnérable ([figure 5.9](#)).

On pourrait aussi utiliser ce diagramme pour expliciter le fonctionnement des autres modes, notamment le Parent Critique, comme indiqué aux [figure 5.10](#).

Travail de chaises

Une excellente manière de conceptualiser en termes de Modes, et de faire ressentir ses Modes au patient, consiste à utiliser le Travail de chaises, tel que Frederick S. Perls, dit Fritz Perls [68], l'a développé en 1969. Cette technique de Gestalt-thérapie est très utilisée en thérapie des Schémas pour les dialogues entre les Modes, comme nous le verrons par la suite, mais c'est aussi une excellente façon d'explorer la phénoménologie du patient et de lui faire prendre conscience de ses différents états émotionnels. L'intérêt

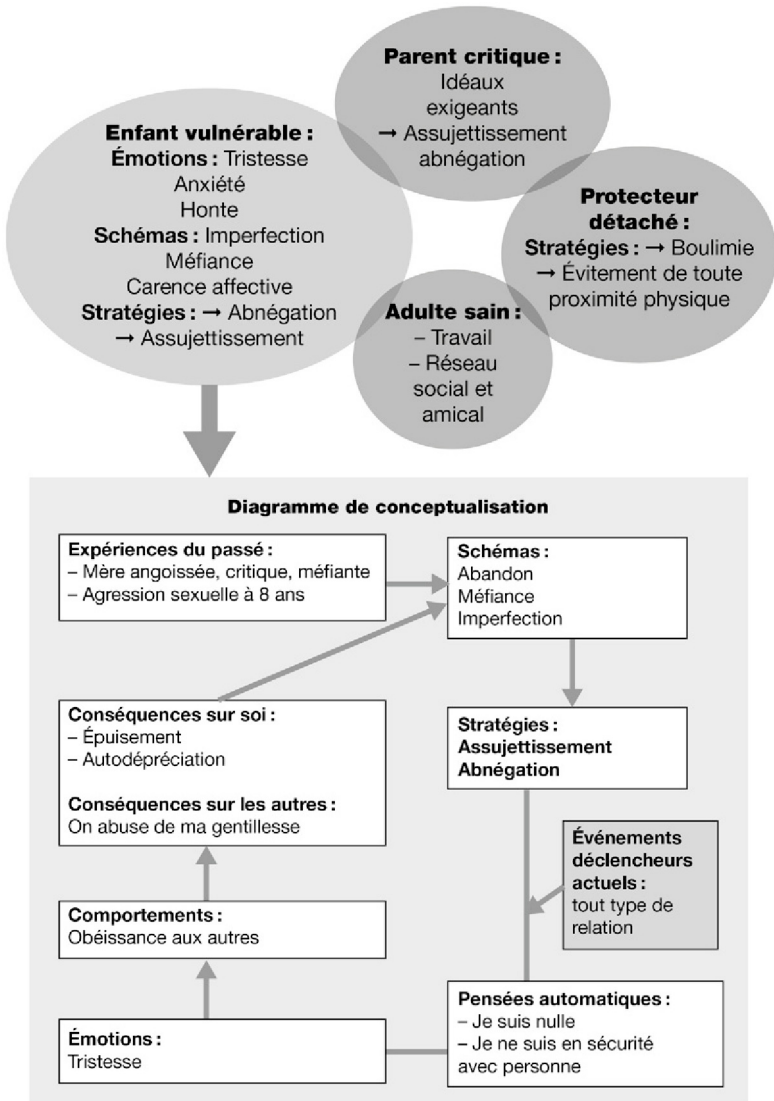


Figure 5.8. Les Modes chez Françoise.

principal du Travail de chaises est de permettre de séparer les différentes voix intérieures – donc les différents Modes – en identifiant l'état émotionnel associé dans chaque cas : on aboutit donc à un triage cognitivo-émotionnel. Il y a une voix, une émotion – donc un Mode – par chaise. On utilisera plusieurs chaises dans la salle de consultation, autant que de Modes chez le patient. Au fur et à mesure qu'un Mode est identifié, on rajoute la chaise correspondante. Lorsque le thérapeute constate un changement émotionnel, il propose au patient de déterminer en quel Mode il vient d'entrer et il lui demande de se déplacer sur la chaise correspondante. Chaque chaise est destinée à l'expression d'un Mode ; on dira donc : ceci est la chaise de l'Adulte Sain, celle-ci est celle de l'Enfant Vulnérable, etc. Nous verrons ultérieurement que le Travail de chaise peut être le support d'autres types de techniques psychothérapeutiques, telles que le dialogue entre les Modes, ou la confrontation d'un Mode pathogène comme le Protecteur Détaché ou le Parent Critique.

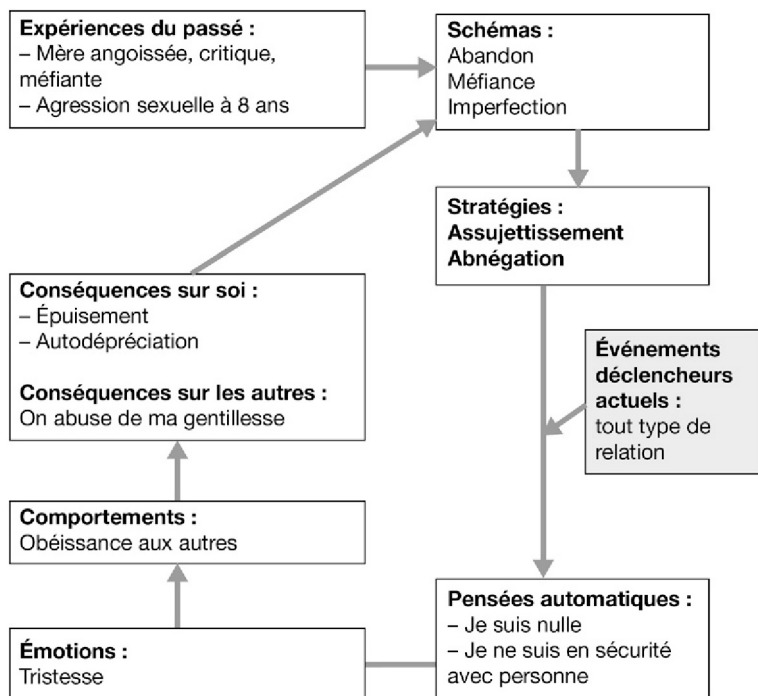


Figure 5.9. Mode Enfant Vulnérable de Françoise.

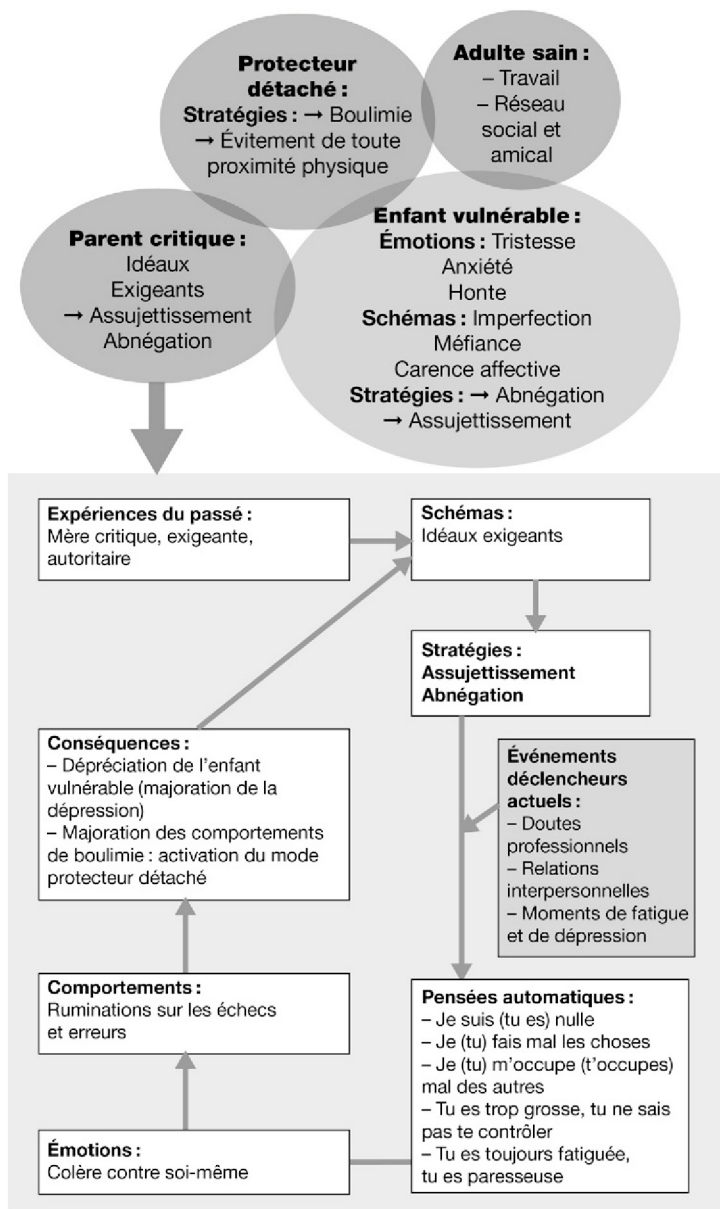


Figure 5.10. Le Mode Parent Critique de Françoise.

Exemple 2 – Franck (Travail de chaises)

Franck a 27 ans. Il présente une personnalité évitante. Depuis sa petite enfance, il est anxieux en société. Il craint le jugement négatif des autres, il a une très forte tendance à s'autocritiquer. Il présente une hyperphagie qui est destinée à apaiser son anxiété, et ses relations sociales ne sont jamais spontanées. Il a été identifié un Mode Enfant Vulnérable (Schémas d'Imperfection et d'Échec), un mode Parent Punitif, hérité de ses deux parents, notamment de sa mère, un Mode Protecteur Détaché (avec des comportements de boulimie, tabagisme, d'alcoolisation, d'isolement social et de détachement émotionnel) et un Mode Adulte Sain. Dans cet exemple, on analyse une situation qui est le retour à son domicile le soir après sa journée de travail : il se retrouve seul chez lui. Il a du mal à identifier ses pensées ; il me dit que ses Modes sont un peu comme des boules qui s'entrechoquent dans un jeu de pétanque.

Thérapeute : En quel état émotionnel vous trouvez-vous en rentrant chez vous ?

Franck : Je me sens triste. Je suis seul. Je ne vais pas savoir quoi faire. J'ai prévu beaucoup de choses : ménage, rangement, etc. Mais je n'arrive pas à faire les choses.

Thérapeute : En quel Mode êtes-vous ?

Franck : Je ne sais pas trop si c'est le Mode Punitif ou le Mode Enfant Vulnérable.

Thérapeute : Si vous êtes triste, c'est le Mode Enfant Vulnérable.

Franck : OK, d'accord. (Il s'assied sur la Chaise Enfant Vulnérable.) Ensuite, je me mets à manger ; j'ouvre le frigo et je mange un peu tout ce qui me tombe sous la main. Au bout d'un moment je suis apaisé et mes idées sont plus claires.

Thérapeute : C'est le Mode Protecteur Détaché, OK ? Voulez-vous passez sur cette autre chaise ?

Franck : Au bout d'un moment, je me mets à me parler tout seul, de politique, d'histoire, je parle dans ma tête au président de la République, je dis ma façon de penser à Hitler, etc. J'adore l'histoire, c'est ma passion, de même que la politique et le sport (sourire).

Thérapeute : Comment vous sentez-vous à ce moment-là ?

Franck : Bien, ça va mieux.

Thérapeute : Alors vous êtes dans votre Mode Adulte Sain. Ça va ?

Franck : (souriant) Oui, c'est ça. Et puis je continue à me parler à moi-même en me disant que je suis un « gros sac », que j'ai mangé n'importe comment et que ça me fait grossir ; que je n'ai rien fait de ce que j'avais prévu dans l'appartement, que c'est le bordel, que je suis incapable de faire comme tout le monde en rentrant chez moi ; que je suis complètement taré de parler à François Hollande et à Hitler dans ma tête, que je suis un débile, un malade.

Thérapeute : Et quelle est votre état émotionnel à ce moment ?

Franck : Je suis en colère contre moi.

Thérapeute : Donc, vous avez basculé vers le Mode Parent Punitif, OK ? Voulez-vous changer de chaise pour aller sur celle du Parent Punitif ?

Franck : (très intéressé) Oui, je commence à bien voir comment ça fonctionne. Je vois mieux le passage d'une « boule » à une autre (Franck utilise le mot ►

- ▷ « boule » pour parler de ses Modes, car j'ai dessiné une conceptualisation avec des cercles, un pour chaque Mode). C'est moins le chaos dans la pétanque... Et maintenant, je peux dire que quand « celui-là » (il montre la chaise sur laquelle il est assis) a parlé, je bascule à nouveau « là-bas » (il montre la chaise de l'Enfant Vulnérable), car je me sens triste et je n'ai envie de rien.

Thérapeute : Super, vous avez bien pigé le truc.

Franck : Oui, je vois ça plus clair. Et c'est souvent comme ça que ça se produit. Le Mode Punitif me fait basculer dans l'Enfant Vulnérable ; c'est un cercle vicieux.

La conceptualisation de ce travail est donnée à la [figure 5.11](#). À chaque « boule » correspond une chaise. Ce diagramme reproduit donc la disposition des chaises dans la salle de consultation.

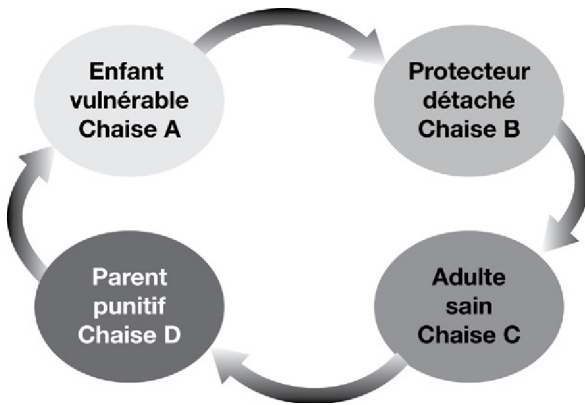


Figure 5.11. Diagramme de conceptualisation – Franck.

Exemple 3 – Christophe (Travail de chaises)

Christophe a 22 ans. Il fait des études d'infirmier. Il consulte pour une anxiété sociale remontant à son adolescence. Actuellement, il s'agit essentiellement d'une anxiété de performance ; sous le regard des autres, il a peur d'être rejeté, de déranger en disant quelque chose de blessant, il a peur qu'on le trouve bizarre. Il évite de parler, il se fige dans une attitude qui peut paraître désintéressée aux yeux des autres, et tend à éviter les confrontations sociales. Ses parents se sont séparés lorsqu'il avait 7 ans. À 15 ans, sa mère lui a demandé assez brutalement de partir chez son père, en raison de divers comportements qu'elle et son nouveau compagnon jugeaient inacceptables (rangement, horaires, notamment). Il a eu le sentiment d'être de trop. À 16 ans, un conflit avec son père lui a fait également ressentir la même chose, et à 18 ans son beau-père lui a reproché d'être la cause de ses difficultés de couple (en fait, c'est la mère qui trompait ce personnage). Depuis tout petit, il ne s'est pas senti à l'aise avec les autres, et cette anxiété s'est majorée à partir de 15 ans. Nous avons identifié un Mode Enfant Vulnérable, ▷

- ▷ avec un Schéma d'Abandon, un Mode Auto-Protecteur Détaché et un Mode Adulte Sain. Dans cet exemple, on cherche à analyser une situation au cours de laquelle il a passé un examen de pratique avec un patient sous le regard de deux examinateurs. Très anxieux au cours de cette épreuve, il a peu parlé au malade, a évité le regard, a eu une attitude figée et a été critiqué par l'examineur.

Thérapeute : Comment vous sentiez-vous au début de l'examen ?

Christophe : J'étais tendu, j'avais mal au ventre, j'avais hâte d'en finir. Je me suis dit que rien ne conviendrait à l'examineur, que je n'avais pas eu le temps de finir le bilan de ce patient dans la première partie de l'épreuve : j'allais donc devoir réfléchir sous le regard des autres, j'étais bloqué, impuissant. Il fallait que je fasse de mon mieux, on allait juger *ma personne*, on allait me rejeter ; je ne sais pas montrer tout ce que je sais. Dans ces moments-là, je me coupe du monde extérieur.

Thérapeute : Vous êtes d'accord pour dire que vous étiez, jusqu'à ce moment, dans votre Mode Enfant Vulnérable, angoissé, avec la peur d'être rejeté ?

Christophe : Oui, c'est ça.

Thérapeute : Vous êtes donc assis sur la chaise Enfant Vulnérable. Je remarque le Schéma d'Abandon, ainsi que la Stratégie de perfectionnisme (Idéaux Exigeants) et votre intention d'éviter. Nous avons déjà vu les liens entre ce ressenti et votre passé de rejet, notamment par votre mère, à 15 ans. Mais vous êtes en train de « vous détacher du monde extérieur » : pouvez-vous en parler davantage ?

Christophe : Quand je me coupe du monde extérieur, je réduis mon anxiété, je suis dans une espèce de bulle. Et surtout, ça m'évite de me mettre en colère. Les critiques de cet examinateur étaient injustes : il n'est pas dans le service, ne conseille pas les mêmes méthodes, ses exigences sont différentes ; il me dévalorise par son ton dur et cassant, il est très négatif. J'ai envie de lui hurler après, voire de casser quelque chose.

Thérapeute : Vous passez donc dans le Mode Protecteur Détaché, qui vous protège des émotions négatives de l'Enfant Vulnérable ; je vous propose de changer de chaise. Mais vous parlez aussi d'une colère, que vous cherchez à maîtriser ?

Christophe : Oui, il m'arrive de me sentir très en colère. Je fais remonter ça à la période du rejet par mon père, à 16 ans. La colère que j'exprimais à l'époque n'a fait que provoquer chez lui davantage de rejet. Depuis, j'ai appris à contrôler cette colère, je bous intérieurement, mais je parviens à me détacher, non seulement du monde extérieur, mais aussi de mon ressenti intérieur. Actuellement, je peux ressentir très souvent cette colère, dans mes relations avec des amis.

Thérapeute : Voilà donc une troisième chaise, que nous allons intercaler entre celle de l'Enfant Vulnérable et celle du Protecteur Détaché : le Mode Enfant en Colère. Comment vous sentez-vous, sur la chaise du Protecteur Détaché ?

Christophe : Je me détache de mon environnement, je cesse d'avoir envie de pleurer ; mais je ne parle pas, je ne regarde personne, ce qui me vaut des critiques de la part de l'examineur et l'examen se passe très mal.



▷ Thérapeute : Comment étiez-vous après cet examen ?

Christophe : Je me suis assis dans un coin, seul ; je me sentais nul, incompetent. (Il montre la chaise Enfant Vulnérable) Je retourne là-bas, non ?

Thérapeute : Vous repassez effectivement dans le Mode Enfant Vulnérable et vous faites bien de changer de chaise. Qu'entendez-vous par « je me sens nul » ? S'agit-il d'une évaluation de votre personne, ou bien d'une compétence ?

Christophe : Je me sens abattu, sidéré, immobile. Il s'agit surtout du ressenti que je ne sais pas gérer les relations avec les autres, pas d'une vision négative de moi-même, ni d'un sentiment d'incompétence dans ma formation ; je sais que je connais des choses et que je suis au niveau demandé. C'est juste une question de gestion émotionnelle et relationnelle. Je n'arrive pas à gérer ça. Je suis alors monté en voiture ; arrivé chez moi, j'ai eu besoin de m'apaiser en buvant du lait, du chocolat, en mangeant des tartines... comme quand j'étais gosse. Ça m'arrive parfois.

Thérapeute : Donc, à nouveau Protecteur Détaché (en fait, dans sa variante Auto-Tranquilliseur Détaché). Changez de chaise.

Christophe : Au bout d'un moment, je me sentais mieux et j'ai décidé d'aller voir mes grands-parents, de leur parler de tout ça. Ça m'a fait du bien. Je me suis dit : « Accroche-toi, c'est bientôt fini »... Je me sentais bien.

Thérapeute : Changez de chaise : vous êtes dans le Mode Adulte Sain.

Christophe : Après avoir quitté mes grands-parents, je me suis retrouvé seul (il se lève et change de chaise pour retourner à celle de l'Enfant Vulnérable). Je me suis dit que j'aimerais bien pouvoir m'accrocher, mais je n'ai plus de force, cet examen m'a épuisé, vidé. J'ai envie d'aller me coucher.

Thérapeute : OK. Nous avons donc appris l'existence de votre Mode Enfant en Colère. De plus, je constate à la fois des Stratégies d'Évitement émotionnel et social, et aussi d'Apaisement. Vous avez parfois besoin de vous apaiser en consommant des aliments sucrés.

La conceptualisation issue de ce travail est donnée à la [figure 5.12](#). Le Travail de chaises a permis de faire apparaître le Mode Enfant en Colère, jusque-là non identifié.

Ainsi, au fur et à mesure des séances, le thérapeute observe – soit en séance, soit dans les exemples rapportés de la vie de tous les jours – les changements d'état émotionnel, ainsi que les pensées et les comportements associés. Il identifie les Modes associés à chaque état et propose au patient la dénomination classique pour chacun d'eux (Enfant Vulnérable, etc.), en lui proposant de le personnaliser éventuellement par un label choisi par le sujet (le Petit Franck, etc.). Le Protecteur Détaché pourra par exemple devenir La Bulle, au choix du patient.

Le travail sur les Modes est actuellement le plus pratiqué en thérapie des Schémas ; il est souvent beaucoup plus concret pour le patient, qui ressent et identifie ses différents états. C'est la raison pour laquelle ce livre abordera la partie thérapeutique sous l'angle des Modes.

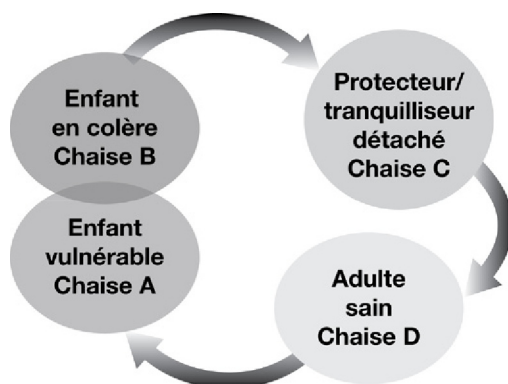


Figure 5.12. Diagramme de conceptualisation – Christophe.

Questionnaire des Modes (voir annexe 3)

Comme il existe un Questionnaire des Schémas, il existe également un Questionnaire des Modes (*Schema Mode Inventory* [SMI]) que l'on pourra trouver en annexe 3. Comme le Questionnaire des Schémas, le Questionnaire des Modes ne doit être utilisé que comme outil adjuvant : il vaut toujours mieux privilégier l'abord clinique direct du patient en séance pour évaluer sa personnalité.

Établir la relation entre les Modes et les problèmes actuels du patient

En recontextualisant sur des exemples de la vie quotidienne, comme on l'a vu ci-dessus, et en utilisant le Travail de chaises, le patient fait le lien entre ses problèmes actuels et ses Modes. Par exemple, il apprendra que ses scarifications, ses épisodes de consommation d'alcool ou de substances, ses accès de pratiques sexuelles incontrôlées sont l'expression de son Mode Auto-Tranquilliseur Détaché. Il découvrira que ses accès de tristesse et d'anxiété ou de honte, survenant lorsqu'il se retrouve seul, sont ceux de son Enfant Vulnérable, lequel comporte des Schémas d'Abandon et d'Imperfection.

Il se rendra compte que la voix qui le critique dans sa tête est la voix du Parent Critique. Concernant le Mode Parent Critique/Punitif, il est préférable que le patient découvre lui-même que cette voix utilise le fonctionnement de son parent, comme nous le verrons plus loin à partir d'un exemple mettant en jeu Françoise, la personne citée précédemment. Il est souhaitable de parler, au départ, de *Mode Autocritique*, jusqu'à ce que le patient, au

cours de la thérapie, en vient à découvrir par lui-même que ce Mode est internalisé à partir d'un parent.

Explorer l'origine des Modes

Le lien entre les Modes et les problèmes actuels étant fait, il faut ensuite mettre en relation chaque Mode avec les événements du passé qui sont à l'origine de sa constitution.

Une première façon de faire consiste à *questionner* le patient : quand vous souvenez-vous avoir ressenti cela pour la première fois ? Qu'est-ce qui a pu provoquer cela lorsque vous étiez enfant ?

Mais c'est surtout la technique d'*imagerie* qui permettra de créer ce lien, car elle court-circuite tout raisonnement et fait appel à un lien émotionnel ; c'est cette méthode que nous avons utilisée pour les cas vus plus haut dans ce chapitre : Julien, Martine, Didier (pp. 124-125, 129, 131), Claire, ainsi que pour Nadia et Joëlle (pp. 135-140), et que nous allons revoir dans le chapitre consacré au traitement du Mode Enfant Vulnérable.

À la fin de la conceptualisation, on obtient un diagramme qui intègre Schémas, Modes et Stratégies, comme dans le cas de Françoise (voir plus haut).

Conceptualisation synthétique : des problèmes actuels aux Modes et à leurs origines

Il faut parvenir à ce que le patient ait une idée parfaitement claire des liens entre ses problèmes actuels, ses Modes et leurs origines. Ce qui est clair dans l'esprit du thérapeute est différent de ce que comprend le patient ! Il est nécessaire que ce dernier ait une vision d'ensemble de ses difficultés, et les représentations graphiques sont un outil important dans ce sens.

Prenons un exemple illustratif qui montre une conceptualisation de synthèse faisant apparaître tous ces éléments avec une vision globale.

Exemple

Julien, 45 ans, marié, deux enfants, présente une dysthymie chronique depuis son enfance. Son père était un homme très autoritaire, tyrannique, pouvant être violent verbalement et physiquement, dont il avait très peur, qui lui imposait en toutes circonstances sa vision des choses, sa manière d'agir. Julien a toujours été invalidé dans ses pensées, ses émotions et ses comportements. Il présente un Mode Enfant Vulnérable fait d'un Schéma Précoce de Manque Affectif et d'Imperfection, et des Stratégies d'Assujettissement et de Perfectionnisme (Idéaux Exigeants). Dans la situation analysée ci-dessous, son Mode Enfant Vulnérable s'active.



- ▷ Ce jour-là, il présente une douleur au bas du dos. Sa fille Alexia, adolescente, réplique que : « À son âge, c'est normal... ».

Julien ressent alors la tristesse l'envahir, avec un sentiment d'oppression thoracique ; les pensées automatiques sont du style : « Je ne sers à rien ; elle ne me respecte pas ».

La recherche de pensées alternatives, plus rationnelles, finit par déboucher sur l'idée que sa fille plaisante, qu'elle le « charrie », en bonne adolescente. Mais, néanmoins, cette peine qui a envahi Julien a duré 2 heures environ.

L'exploration en imagerie à partir de cette émotion met en lien cette situation avec un souvenir d'enfance : lorsque Julien avait 12 ans environ, son père lui avait demandé, pendant plusieurs week-ends, de l'aider à un travail qui consistait à poncer pour les repeindre les portes de la maison. Julien avait pour mission de tenir les portes avec ses mains, afin qu'elles restent immobiles, dans le but que son père puisse mener à bien son travail de ponçage. Julien s'est exécuté de son mieux dans cette tâche, mais aucun de ses gestes ne convenait à son père, qui le critiquait de façon incessante, quelle que soit la manière dont son fils s'y prenait pour l'aider, et ce week-end après week-end. Dans l'image, Julien est à genoux sur l'établi de son père, se calant de tout son poids contre la porte pour la maintenir. Il se sent asservi, non considéré. « Avec mon père, quoi que je fasse, je faisais mal les choses. Je réalise que j'envisage toujours, actuellement, l'autre comme cherchant à me contrôler et me critiquer. Quand on me parle, je me dis toujours : que veut-il(elle) exactement ? Je suis toujours tenté de croire que l'autre cherche à avoir le contrôle sur moi, et je recherche, de parti pris, des signes cachés d'une telle tentative. »

Ces intentions prêtées à l'autre font partie d'un Schéma de Méfiance, qui appartient au Mode Enfant Vulnérable. On peut alors représenter le Mode Enfant Vulnérable, avec ses Schémas de Méfiance et d'Imperfection, et sa Stratégie d'Assujettissement, comme un filtre qui déforme la perception de la réalité (figure 5.13). En faisant apparaître sur le même diagramme le résultat de l'exploration en imagerie, on introduit une notion de continuité depuis les faits actuels jusqu'à une expérience du passé lointain, via le « filtre » que constitue le Mode Enfant Vulnérable.

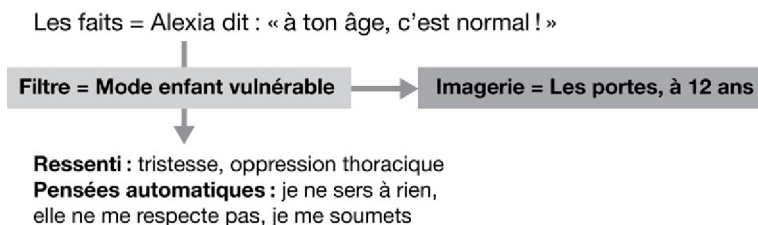


Figure 5.13. Julien et son « filtre ».

Alexia a activé l'Enfant vulnérable chez Julien

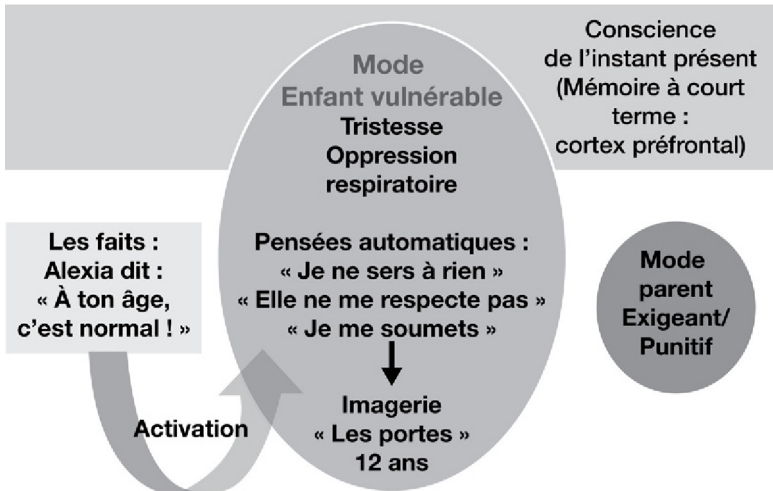


Figure 5.14. Activation du Mode Enfant Vulnérable chez Julien.

La réflexion de sa fille a activé le Mode Enfant Vulnérable : ce « filtre » s'est immiscé dans la conscience du sujet et a modifié sa perception de la situation vécue (figure 5.14).

6 Dérroulement de la thérapie

Au cours d'une thérapie des Schémas, on peut généralement distinguer trois parties successives.

Les premières séances sont destinées à la mise en place de la thérapie, à l'établissement de la relation avec le thérapeute et de la sécurité dans cette relation.

Cette étape initiale sera suivie de l'exploration phénoménologique des difficultés du patient, avec la conceptualisation partagée des différents Schémas, Stratégies et Modes et leur traitement.

La troisième partie sera centrée sur le changement comportemental des Stratégies Précoces : aucun changement réel dans la vie quotidienne ne sera possible tant que le sujet n'aura pas modifié ses vieilles attitudes dysfonctionnelles pour les remplacer par de nouvelles, plus adaptées à son environnement actuel.

Les premières séances

Au début de la thérapie, on cherche à définir les problèmes actuels, les objectifs thérapeutiques et l'historique des problèmes. On passera plusieurs séances à la conceptualisation, en utilisant notamment la technique d'imagerie (voir chapitre 5).

Dès cette étape, la *relation thérapeutique* est au premier plan, ainsi que la *régulation émotionnelle*. En effet, le patient ne pourra aborder les moments difficiles de son existence qu'à deux conditions :

- il lui faut se sentir capable d'affronter ses souvenirs difficiles, en surmontant des émotions telles que la peur ou la honte de revivre en souvenir les événements traumatiques vécus. La gestion émotionnelle sera donc au premier plan, au début de la thérapie. Le thérapeute cherchera à renforcer l'Adulte Sain du patient en lui apprenant à reconnaître et dénommer ses émotions, et à les gérer par des méthodes de relaxation et de méditation de pleine conscience ;
- il a besoin de se sentir en lien stable avec son thérapeute. Les troubles de la personnalité sont la conséquence de traumatismes relationnels, lesquels ont engendré des troubles de l'attachement ; si bien que la relation avec le thérapeute peut, en elle-même, être effrayante, par peur d'être contrôlé par le thérapeute (peur de s'attacher) ou par peur de l'abandon (peur d'une rupture du lien d'attachement, une fois celui-ci installé). L'exploration – et la gestion – de la relation thérapeutique, qui sera abordée au chapitre 11, est un ingrédient important dès cette période.

Cette première partie, où la régulation émotionnelle et la relation thérapeutique tiennent le devant de la scène, peut durer dix séances ou davantage.

Aussi bien dans l'abord des souvenirs difficiles que dans le cadre de la relation thérapeutique, il est important de surveiller l'état émotionnel du patient, afin de le maintenir dans un état où il se sente en permanence en sécurité et capable d'échanger verbalement avec son thérapeute.

Rappelons (voir pp. 29-30 la théorie polyvagale de Porges) que chez les vertébrés supérieurs, et chez l'homme en particulier, l'organisme est capable de neuroception, c'est-à-dire qu'il lui est possible d'évaluer inconsciemment les situations et les individus, et de déterminer dans quelle mesure il se sent en danger ou en sécurité dans un contexte donné. Les circuits de la neuroception mettent en jeu des systèmes prosociaux lorsque l'évaluation est celle de la sécurité : c'est le système de l'Engagement Social et du Jeu, ainsi que le système d'Exploration (Panksepp), dont nous avons déjà parlé. Ces systèmes sont activés si le sujet se perçoit en sécurité : le patient chez son thérapeute doit se sentir en sécurité pour pouvoir engager un lien social et une discussion de confiance. Le système de l'Engagement Social est sous commande, nous l'avons vu, du système parasympathique ventral. Les mouvements du corps, la mimique faciale, le contact visuel et le ton de la voix d'autrui servent aux réseaux de la neuroception pour évaluer si l'autre est digne de confiance ou bien s'il représente un danger. La voix du thérapeute, par sa prosodie, est un élément important, capable d'activer le sentiment de sécurité. Une voix plutôt lente, de faible intensité, un phrasé doux et chantant contribueront à activer ce sentiment de sécurité. « Focalisez votre attention sur ma voix. Elle vous rappelle que vous êtes dans un endroit sûr et qu'ici tout va bien ».

Si la situation est perçue comme dangereuse, les voies de la neuroception activent alors le système orthosympathique, et le parasympathique ventral est désactivé. Le système d'Engagement Social ne peut plus s'exprimer et c'est, au contraire, un système défensif qui se met en place, déclenchant des comportements de défense de mobilisation : fuite, sidération par la peur, combat. On pourra observer chez le patient en état d'activation orthosympathique des signes dits d'*hyperactivation* : serrement des dents, expression faciale apeurée, grimaçante, en colère, regard qui se détourne ou devient errant, peau rouge, transpirante, posture droite, rigide, agitation, tremblements, blocage, bercement.

En cas de situation ressentie comme menaçante, nous avons également vu qu'un autre mécanisme de protection peut se mettre en place : la « mort feinte », ou immobilisation sans peur, qui dépend du noyau dorsal du parasympathique dans le tronc cérébral, lequel innerve le cœur et l'arbre respiratoire, ainsi que les viscères abdominaux. Cet état d'hypoactivation peut aller jusqu'à la syncope vagale chez l'homme. Lors de l'activation du

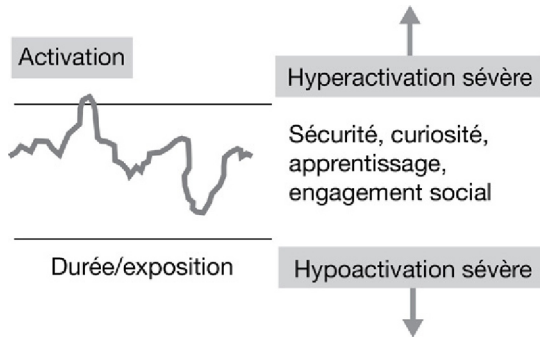


Figure 6.1. Fenêtre de tolérance.

(D'après Ogden P et al. [65], Siegel DJ [82], van der Hart [84].)

parasympathique dorsal, on pourra observer chez le patient des signes dits d'*hypoactivation* : visage inexpressif, triste, vide, regard « dans le vide », yeux fermés, posture effondrée, avachie, courbée, immobilité, aréactivité.

Le thérapeute doit observer tous ces signes, à la recherche d'une hypoactivation ou d'une hyperactivation, et chercher à ramener le patient à l'intérieur de sa *fenêtre de tolérance* [82] (figure 6.1). Lorsque le sujet se trouve à l'intérieur de sa fenêtre de tolérance, il n'est ni trop hyperactivé ni trop hypoactivé et reste capable de traiter des émotions sans que son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental s'en trouve perturbé. L'empan de cette fenêtre est variable selon les individus : certaines personnes sont capables de tolérer des émotions d'une forte intensité sans grand dérangement, mais d'autres auront une tolérance émotionnelle moindre et basculeront plus rapidement vers l'hyper- ou l'hypoactivation.

La fenêtre de tolérance correspond à un état physiologique du sujet dans lequel il est sous influence du parasympathique ventral, apaisé de ses peurs, dans un sentiment de sécurité qui lui permet d'intégrer des informations sensorielles ou intéroceptives, ou même des données provenant de souvenirs anciens. Lorsque le sujet est physiologiquement à l'intérieur de sa fenêtre de tolérance, il se trouve en capacité d'utiliser son système de l'Engagement social, ainsi que le système d'Exploration (Panksepp). Aucune prise de conscience, aucun travail cognitif, aucune réflexion dans l'interaction avec le thérapeute et donc aucun travail psychothérapeutique ne peuvent avoir lieu lorsque l'état émotionnel du sujet est en dehors des limites de sa fenêtre de tolérance. En dehors de ces limites, la pensée rationnelle et la réflexion sur soi sont interrompues, car les circuits reliant les centres sous-corticaux au cortex, et notamment au cortex préfrontal, sont fonctionnellement bloqués.

Il faut donc en permanence observer l'état du patient afin de veiller à le maintenir dans les limites de sa fenêtre de tolérance. En cas de signe

d'hyperactivation, il convient de relaxer le patient, c'est-à-dire d'apaiser le système orthosympathique et d'activer le parasympathique ventral par une méthode telle que la respiration à quatre temps. Dans le premier temps, le patient réalise une inspiration ample ; dans le deuxième temps, il bloque sa cage thoracique en inspiration durant 5 secondes ; dans le troisième temps, il expire lentement et très profondément jusqu'à vider ses poumons de l'air qu'ils contenaient ; dans le quatrième temps, il reste en expiration bloquée durant 5 secondes avant de reprendre le premier temps, et ainsi de suite sur plusieurs cycles de quatre temps. Une telle technique est relaxante car, dans les temps 2, 3 et 4, elle maintient une hyperpression dans les voies respiratoires, ce qui active par voie réflexe le parasympathique ventral. Lorsqu'un patient se trouve dans un état d'hyperactivation, cette méthode permet de le ramener vers l'intérieur de sa fenêtre de tolérance.

En cas de signes d'hypoactivation, il faut inciter le patient à se lever, à faire des exercices musculaires (flexions sur les jambes, appui forcé du corps par les bras contre un mur, sauts sur place, etc.). Cela permettra au sujet de réactiver le système orthosympathique, de désactiver le parasympathique dorsal, et de faire remonter la pression artérielle et le rythme cardiaque.

Les séances suivantes

La suite des séances est consacrée au repérage des Modes actifs en séance ou dans la vie du patient : Enfant Vulnérable, Protecteur Détaché, Compensateur, Parent Punitif ? Cette phase de la thérapie sera fondée sur l'imagerie, qui permettra de faire le lien entre les Modes et les expériences qui leur ont donné naissance. On donnera beaucoup d'explications sur les besoins affectifs fondamentaux et la façon dont les différents Modes se déclenchent dans la vie quotidienne du sujet.

De nombreuses séances seront consacrées au reparentage de l'Enfant Vulnérable (chapitre 7) et de l'Enfant en Colère en imagerie. Les dialogues entre les Modes auront pour but de confronter et d'assouplir les différents Modes qui empêchent la guérison de l'Enfant Vulnérable et le développement de l'Adulte Sain : le Protecteur Détaché et le Parent Dysfonctionnel. Cette partie de la thérapie sera longue. Chez les borderlines, par exemple, les études cliniques montrent que la gestion du Mode Protecteur Détaché peut durer près d'un an à raison de deux séances par semaine [36].

Les séances ultérieures

La dernière partie de la thérapie sera consacrée à la mise en œuvre de techniques comportementales. Il faut à ce stade intervenir sur les Stratégies Précoces pour les modifier, en incitant le patient au changement comportemental dans la vie actuelle et dans la relation thérapeutique en séance. La

thérapie ne pourra être complète que si les Stratégies dysfonctionnelles ont été modifiées : les anciennes Stratégies, mises en place dans l'enfance, et qui contribuent au maintien des Schémas, doivent être assouplies et remplacées par des attitudes plus adaptées au fonctionnement du sujet dans son monde et ses relations d'adulte.

Traiter le Mode Enfant Vulnérable revient à aborder le traitement des Schémas Précoces les plus centraux mis en évidence par la conceptualisation. Il faudra également aider la personne à modifier ses Stratégies Précoces. On mettra en œuvre des techniques émotionnelles et cognitives, puis comportementales, et la relation thérapeutique aura un intérêt de premier plan.

Traiter l'Enfant Vulnérable au travers de la relation thérapeutique

Dans les cas de troubles de la personnalité, le thérapeute se trouve face à une personne qui peut être d'âge adulte, mais il ne doit pas oublier qu'il y a, dans la profondeur de ce corps d'adulte, une partie fragile, le Mode Enfant Vulnérable, dont il faut gagner la confiance et qu'il doit rassurer. De façon générale, en séance, il faut chercher à « voir » l'Enfant Vulnérable lorsqu'on traite un trouble de la personnalité, et à lui parler. Pour les sujets très dissociés tels les patients à trouble de personnalité borderline, Jeffrey Young donne le conseil de se représenter mentalement l'image d'un enfant de 2 à 5 ans lorsqu'on reçoit le patient en séance : cette méthode permet d'être davantage en *empathie* avec le Mode Enfant Vulnérable, et d'en comprendre le ressenti et les besoins. Il faut réaliser que, chez le patient, ce Mode Enfant se trouve isolé du thérapeute par le Mode Protecteur Détaché, qui fait écran, et que souvent le Mode Parent Punitif émet des pensées qui inhibent l'Enfant par ses critiques et ses exigences. Le thérapeute devra faire preuve de patience et de persuasion pour gagner la confiance du Mode Enfant et l'autoriser à exprimer sans craintes, ses pensées et ses émotions (figure 7.1).

Le thérapeute s'adressant au patient dès les premières séances doit donc songer à se faire entendre par l'Enfant Vulnérable. Pour cela, il doit parler d'une *voix calme et douce*, très modulée au niveau de sa prosodie ; il doit montrer, par une *écoute active*, qu'il est attentif aux sentiments et aux besoins de ce Mode. Avec une voix de ce style, il apaise les systèmes comportementaux (Panksepp) de la colère et de la peur, permettant ainsi l'activation du système de l'attachement.

La *chaleur* et la *proximité affectives* sont des éléments importants du lien du thérapeute avec ce Mode. La position de part et d'autre de la table de travail dans le bureau de consultation est souvent un bon moyen pour établir une proximité sûre, non trop distante et non trop proche, mais cette distance devra être personnalisée, en particulier lorsque les deux interlocuteurs que

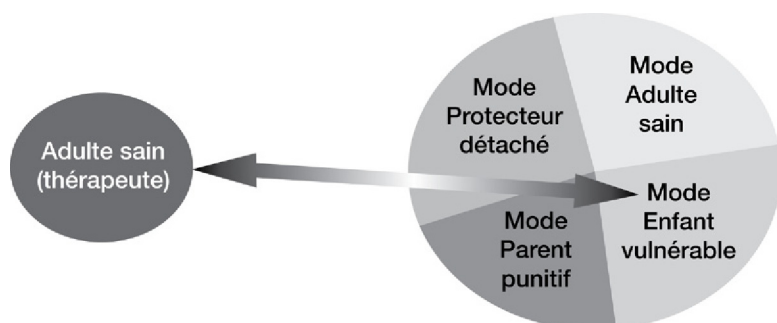


Figure 7.1. « Voir » l'Enfant Vulnérable dans la relation thérapeutique.

sont le thérapeute et son patient devront bouger dans le cadre d'exercices de reparentage ou de jeux de rôles. Il faut se mettre d'accord avec le sujet pour *déterminer quelle est la bonne distance physique par rapport à lui* : certaines personnes auront besoin d'une grande proximité, d'autres demanderont à ce qu'une distance plus grande soit maintenue. Donner le choix de cette distance au Mode Enfant Vulnérable lui permet de se sentir entendu, compris, et d'être davantage en sécurité.

Le thérapeute a besoin, pour le reparentage, de se lier au Mode Enfant Vulnérable. Tous les éléments ci-dessus sont des outils pour établir ce lien.

Il faut également songer à repérer, dès les premières séances, tous les éléments qui pourront donner lieu à un *renforcement* destiné à donner un sentiment d'efficacité au patient (on pourra renforcer les difficultés rencontrées dans l'enfance, ainsi que les solutions qui ont été mises en place à l'époque pour s'adapter).

Exemple

Un patient, Georges, 45 ans, conducteur de poids lourd, consultait pour des agressions sur la route : lorsque des chauffeurs lui faisaient des incivilités, il les attendait sur une aire de repos pour les brutaliser. Ayant fait l'objet de plusieurs condamnations pénales, il avait spontanément consulté pour se faire aider. Il décrivait une enfance et une adolescence compliquées, avec des passages dans des foyers et des conditions sordides parfois. Il avait eu une vie assez chaotique, avec des séparations sentimentales. Mais je remarquai dès la première séance le fait que, depuis 24 ans, il travaillait dans la même entreprise de transport. Je lui en fis la remarque, en soulignant qu'il avait été capable, dans ses difficultés, de conserver un travail stable et de nourrir et donner un toit à sa famille. Six mois plus tard, le patient me renvoyait cette remarque de la première séance, qui l'avait marqué, en me disant que c'avait été la première fois que quelqu'un lui disait qu'il valait quelque chose...

Pour les patients à trouble de personnalité borderline, qui sont particulièrement fragiles, il peut être important de donner un numéro de téléphone pour les cas d'urgence (notamment les intentions suicidaires).

L'empathie vis-à-vis des Schémas Précoces de l'Enfant se complètera, progressivement, d'une attitude de confrontation : bien que le thérapeute exprime sa compréhension du vécu de l'Enfant et du monde de son enfance, celui-ci doit comprendre que le monde a changé et qu'il doit changer ses Stratégies Précoces dysfonctionnelles. C'est l'attitude de la *confrontation empathique* : le thérapeute oscillera régulièrement entre empathie et confrontation ; davantage d'empathie au début de la thérapie, puis davantage de confrontation au fur et à mesure de l'évolution du traitement.

C'est la relation thérapeutique adaptée qui permettra de mettre en place au bon moment diverses interventions émotionnelles, cognitives ou comportementales.

Techniques émotionnelles

Reparentage et dialogues en imagerie sur le passé

Accéder à l'Enfant Vulnérable par l'imagerie est indispensable au traitement. Ce travail est émotionnellement difficile pour beaucoup de patients : c'est la confrontation empathique et la confiance envers le thérapeute qui permettra d'y accéder.

Rapidement, le thérapeute demande l'autorisation d'entrer dans l'image pour aider l'Enfant Vulnérable : il crée ainsi la notion d'Adulte Sain. Par le reparentage dans l'image, le thérapeute valide la souffrance et les besoins de l'enfant ; il rassure, défend et protège l'enfant en s'opposant au parent dysfonctionnel.

Dans le texte, les Modes seront écrits avec une capitale (exemple Mode Enfant Vulnérable) et les personnages (adulte dysfonctionnel, adulte sain) sans capitale.

Buts du reparentage

- *Identification des besoins affectifs fondamentaux.* Le plus souvent, l'Enfant Vulnérable ignore ses besoins de base ; il va les apprendre du thérapeute lors du reparentage, au travers de l'imagerie. Il apprendra qu'il a le droit d'être traité avec respect, d'être protégé, soutenu, aimé et compris, d'être accepté tel qu'il est, sans condition ; qu'il a le droit d'exprimer ses sentiments et besoins, etc.
- *Inciter le Mode Enfant Vulnérable à exprimer sa peine à l'adulte dysfonctionnel.* L'expression verbale de la peine permet de valider chez le patient l'idée que des besoins fondamentaux n'ont pas été satisfaits, de valider ainsi la personne de l'enfant et les difficultés qu'il rencontre, et enfin d'améliorer l'estime de soi. Exprimer sa peine permet aussi à l'enfant de reconnaître

l'attitude dysfonctionnelle de l'adulte, de réduire le sentiment de culpabilité et de sortir d'une attente irrationnelle dans laquelle il s'attendait à ce que le parent change son comportement. C'est à lui (le patient) de changer. L'expression de la peine permet de confronter le passé et le présent. Il n'y a plus de raison de maintenir les anciennes Stratégies dysfonctionnelles ; il faut se concentrer sur le futur et changer soi-même.

- *Inciter le Mode Enfant Vulnérable à exprimer ensuite sa colère.* « Je ne te laisserai plus jamais faire ! » La colère donne une puissance émotionnelle vis-à-vis du Schéma : elle valide la frustration des besoins affectifs fondamentaux, et donc la personne du patient. Elle permet d'augmenter l'estime de soi : « je me sens plus fort, plus grand ». Au fur et à mesure des séances de reparentage, l'expression de la colère dans l'imagerie est une étape indispensable vers la guérison.

- *Lutter contre la culpabilité.* Si le patient se sent coupable à l'idée d'exprimer sa colère vis-à-vis de son parent, on lui rappelle qu'il s'agit d'un exercice émotionnel, et non d'une répétition pour une scène réelle ; et que, par ailleurs, sa colère est dirigée contre des comportements dysfonctionnels, et non contre la personne de son parent.

Technique

- 1^{re} étape – *le thérapeute demande au patient de fermer les yeux et de créer une image* d'une situation de l'enfance – sur laquelle on a précédemment travaillé en imagerie diagnostique – où il s'est trouvé émotionnellement bouleversé (Mode Enfant Vulnérable) face à un personnage d'importance (adulte dysfonctionnel, qui peut être un parent ou un autre adulte proche de l'enfant).

- 2^e étape – *le thérapeute demande l'autorisation d'entrer dans l'image* et de parler directement à l'Enfant Vulnérable, en le tutoyant.

- 3^e étape – *le thérapeute (adulte sain) reparente l'Enfant Vulnérable dans l'image :*

- il s'adresse à lui d'une voix calme, douce, avec une prosodie maternelle ; il lui parle en le tutoyant. Il le questionne sur ses émotions, ses sentiments, ses besoins. Très souvent, il lui enseignera ses *besoins affectifs fondamentaux* car l'enfant les ignore ;

- il se propose pour l'aider selon les besoins insatisfaits identifiés : il dialogue avec lui, lui tient compagnie dans l'image, etc. ;

- il se fait son avocat pour parler à l'adulte dysfonctionnel ou pour le protéger contre celui-ci.

- 4^e étape – *Le thérapeute demande à l'Enfant Vulnérable de répondre à l'adulte dysfonctionnel.* Le but est que l'Enfant Vulnérable parvienne à exprimer sa souffrance, sa colère, ses besoins, ses souhaits à l'adulte dysfonctionnel. L'Enfant Vulnérable va pour cela utiliser en partie le modèle de l'adulte sain du thérapeute qui vient de parler à l'adulte dysfonctionnel.

- 5^e étape – *le Mode Adulte Sain du patient reparente le Mode Enfant Vulnérable.*
Dans une séance d'imagerie ultérieure, lorsque l'adulte sain du patient aura été suffisamment renforcé, le thérapeute demandera au patient d'accéder à une partie bienveillante de lui-même : le Mode Adulte Sain, modelé d'après le thérapeute. Le Mode Adulte Sain du patient va parler au Mode Enfant Vulnérable en le réconfortant, le rassurant : il cherchera à combler les besoins de l'Enfant Vulnérable. Le but ultime de la thérapie est en effet que le patient puisse s'auto-reparenter, sans le besoin d'une tierce personne.

Exemple 1 – Nadia

Nous reprenons ici le cas de Nadia, vu dans le cadre de l'imagerie diagnostique. La scène analysée pp. 135-138 où Nadia était face à son père alcoolisé au salon, est retravaillée ici dans le but d'un reparentage.

Thérapeute : Nadia, je vous propose d'entrer dans l'image pour venir en aide à la petite Nadia. Je voudrais intervenir pour protéger et aider la petite Nadia. J'aimerais pouvoir lui parler, en la tutoyant puisqu'elle n'a que 6-8 ans. Êtes-vous d'accord ?

Nadia : Je veux bien.

Thérapeute : Je voudrais aussi parler à votre père.

Nadia : Il n'acceptera jamais de vous écouter. Il est bourré. Ça me fait peur. Il va se mettre en colère, et dire que vous n'avez rien à faire ici, qu'il est chez lui et qu'il fait comme il veut, et qu'il n'a pas de conseil à recevoir.

Thérapeute : Je vais vous demander de m'imaginer dans cette image avec votre père. On pourrait peut-être installer une paroi de verre entre lui et nous, afin que vous vous sentiez davantage en sécurité. Pouvez-vous créer cette scène ?

Nadia : OK. Nous sommes dans le salon avec mon père, il parle tout seul, fort, et il gesticule : il est ivre.

Thérapeute : Nous sommes tous les deux de l'autre côté de la paroi de verre très épaisse. Voulez-vous que, dans l'image, je tiennne Nadia par la main ? (Elle fait oui de la tête.) Donc je prends la main de Nadia. Nadia, tu vas venir avec moi, ne restons pas ici. On va aller voir ta maman ; où est-elle ?

Nadia : Dans sa chambre.

Thérapeute : Tu veux bien l'appeler ?

Nadia : Elle dit qu'elle ne veut pas sortir, que c'est trop dangereux. Elle s'est enfermée avec les autres ; moi j'ai dû venir parce que mon père a crié qu'il exigeait que je vienne. Mais elle a trop peur.

Thérapeute : Dis-lui d'ouvrir la porte. Explique-lui que je suis avec toi et que je voudrais lui parler pour l'aider à régler la situation. Et que ton père n'est pas avec nous.

Nadia : Elle accepte d'ouvrir. Elle est en larmes avec mon frère et mes sœurs qui sont terrorisés aussi.

Thérapeute : Pouvez-vous tenir son rôle ? Parlez comme elle.

Nadia, faisant sa mère : C'est plus possible, ça fait des années que ça dure, j'en peux plus, c'est sans solution. J'ai peur tous les soirs quand il rentre.

- ▷ Thérapeute : C'est compliqué bien sûr. Vous ne pouvez plus rester dans cette situation, Madame, il y a trop longtemps que ça dure. Est-ce que vous êtes d'accord pour qu'on appelle la police ? Il faut que vous soyez en sécurité, vous et vos enfants. C'est la première chose ; votre mari ne peut pas rester ici cette nuit. Et puis, votre mari a besoin de soins. Car c'est quand il a bu qu'il est violent, n'est-ce pas ?

Nadia : Oui, mais la police va le mettre en prison ?

Thérapeute : Non ; ils vont le garder pour la nuit avec eux, il n'ira pas en prison. Ils vont parler avec lui quand il sera en état. Il faut le convaincre de se faire soigner. Sans doute qu'il ira à l'hôpital demain. Tu as besoin d'être en sécurité, comme ta maman et tes frères et sœurs. Ce n'est pas normal ce qui se passe, il faut que ça cesse. Je ne peux pas vous laisser dans cette situation sans rien faire. (J'appelle donc la Police ; une équipe de trois personnes vient. Deux hommes emmènent le père au commissariat et une femme s'occupe de discuter avec la famille pendant que je continue à m'occuper de Nadia.)

Thérapeute : Tu vois, Nadia, ton papa est parti dormir au commissariat de police. Demain il verra des docteurs pour se soigner. Il ne faut plus que tu aies peur. Ta maman va s'occuper de vous tous, maintenant. Tu sais, ton papa ne va pas bien ; c'est pour ça qu'il crie et il te demande de faire des choses qui ne sont pas de ton âge. Ce n'est pas à toi de faire le ménage, à manger, d'aller faire des courses. Tout ça, c'est trop pour toi. On ne peut pas demander ça à un enfant de ton âge. Je sais que tu es une gentille petite fille et que tu ne fais rien de mal. C'est ton papa qui va mal et qui dit des choses qu'il n'aurait pas dû dire... Est-ce tu vas mieux, maintenant ?

Nadia : Ça me fait du bien quand tu me parles comme ça. J'ai plus peur.

Après ce travail, on relaxe la patiente en lui demandant d'effacer cette image et de créer l'image d'un endroit calme et sécurisant, avant de faire un débriefing et d'insister à nouveau sur les besoins insatisfaits de l'enfant, ainsi que sur la valeur adaptative – à l'époque – de ses Stratégies d'Assujettissement. À cette époque, elle n'avait aucune autre solution que de se soumettre à l'autorité violente de son père. Malheureusement, elle conserve ces attitudes de soumission qui la desservent aujourd'hui et qu'il va falloir modifier. Elle a besoin d'apprendre à s'affirmer et à se faire respecter.

Exemple 2 – Joëlle

Nous connaissons déjà Joëlle (voir pp. 138-140) qui n'arrive pas à quitter un compagnon irrespectueux et manipulateur. La scène analysée plus haut est reprise pour du reparentage de la Petite Joëlle. La séance sera consacrée à 45 minutes de reparentage. Les yeux fermés, Joëlle se remet dans les conditions de la scène où elle est mise à la porte.

Thérapeute : Voulez-vous que j'entre dans l'image pour venir vous aider ? Je serais un passant qui vous voit contre la porte, de nuit.

Joëlle : Oui, d'accord.

Adulte sain : (voix bienveillante et douce, comme parlant à un petit enfant) Qu'est-ce qu'il t'arrive, je vois que tu pleures, que fais-tu là toute seule dans la rue ? ▷

▷ La Petite Joëlle : (ne dit rien)

Adulte sain : Je vois que tu es tournée contre la porte ; est-ce que tu veux bien qu'on parle un peu ? Regarde-moi...

Petite Joëlle : (ne dit rien)

Adulte sain : Comment t'appelles-tu ?

Petite Joëlle : (ne dit rien)

Thérapeute : Joëlle, pouvez-vous demander à la Petite Joëlle pourquoi elle ne me répond pas ?

Petite Joëlle : Je le connais pas, ce monsieur, j'ai peur de lui parler...

Adulte sain : tu sais, je t'ai déjà vu à la porte en passant ; je me dis que tu dois avoir très très peur toute seule dans la nuit. Je comprends aussi que tu aies peur de moi, puisque tu ne me connais pas, mais je ne veux pas que tu restes ici toute seule ; si tu veux, je peux frapper à la porte et te faire rentrer.

Petite Joëlle : Oh oui, je veux rentrer, je veux plus rester dehors.

Adulte sain : Pourquoi es-tu là, en dehors de chez toi ?

Petite Joëlle : (toute petite voix, pleurant) J'ai été sotte et j'ai été punie, papa m'a mise à la porte.

Adulte sain : Ça ne doit pas être une bien grosse bêtise... Tu veux me donner la main (*dans l'image*) ? Je vais sonner, nous allons entrer chez toi tous les deux et parler à ton papa.

Dans la maison de Joëlle, avec son père et sa mère.

Adulte sain : Bonjour, Monsieur, votre petite fille est seule dehors, je lui ai dit que je ne voulais pas qu'elle reste là et je la ramène, car je ne la sens pas en sécurité dans la rue.

Thérapeute : Comment vos parents réagissent-ils lorsque je rentre avec la Petite Joëlle ?

Joëlle : Ma mère est immobile, de l'autre côté de la table, mon père est debout, il ne sait pas quoi dire mais il a pas l'air content...

Thérapeute : Et la Petite Joëlle, comment se sent-elle ?

Petite Joëlle : Je me colle derrière vous, j'ai peur que papa crie.

Adulte sain : Vous savez, j'ai trouvé votre fille dehors, en train de pleurer, collée contre la porte, accrochée à la poignée. Elle tremblait et semblait terrorisée par la nuit et les gens, les voitures ; ce n'est pas un endroit pour un enfant de cet âge, elle ne peut pas rester dehors.

Petite Joëlle : Mon père s'énervé. Il dit qu'il faut que je sois sage et que j'obéisse, que c'est pour ça que j'ai été punie.

Adulte sain : C'est normal que vous la punissiez si elle n'est pas sage, mais elle ne doit pas aller dehors, c'est beaucoup trop dangereux. Il arrive que des enfants se fassent enlever, de cette façon, ou bien fassent des fugues, ou se fassent écraser en allant sur la rue.

Petite Joëlle : Là, papa est ennuyé, il baisse la tête et maman se met à pleurer. Elle dit qu'elle n'est pas d'accord pour qu'on me mette à la porte.

Adulte sain : Joëlle a besoin de se sentir en sécurité dans sa famille, Monsieur, c'est très important pour elle de savoir qu'elle peut avoir confiance en vous pour la rassurer, la protéger. Cette punition est injuste, et même inhumaine, elle ▷

- ▷ la met en danger : il ne faut plus la mettre à la porte, il faut trouver une autre punition, si vous devez mettre des limites à son comportement.

Petite Joëlle : Papa dit qu'il s'est énervé, cette fois, qu'il était fatigué, qu'il a été dépassé.

Adulte sain : Ça peut arriver à tout le monde, bien sûr ; mais ce n'est pas la première fois que je vois Joëlle dehors en train de pleurer. Ça ne doit plus se reproduire, je pense que vous êtes d'accord ? Je ne pourrais pas le laisser faire une nouvelle fois, vous me comprenez...

Thérapeute : Comment se sent la Petite Joëlle ?

Petite Joëlle : Là je suis rassurée, je sais que je n'irai plus à la porte.

Thérapeute : Joëlle, je voudrais que la Petite Joëlle parle à son père et lui dise ce qu'elle a ressenti dehors, ce qu'elle pense de tout ça et de quoi elle a besoin. Je reste avec elle dans la maison pendant qu'elle parle.

Petite Joëlle (à son père) : Dehors, j'ai eu très peur, dans le noir, avec tous les gens qui passaient, qui me regardaient, j'avais honte. Je veux plus aller dehors ; c'est injuste. Quand tu fais ça, tu es méchant, tu ne m'aimes pas. Je veux bien que tu me mettes au coin, mais pas dehors, ça me fait trop peur. Promets-moi que tu me mettras plus dehors.

Thérapeute : Comment votre père réagit-il et comment vous sentez-vous ?

Petite Joëlle : Il me dit que c'est d'accord, il me demande pardon et je me serre contre lui ; je sais que je n'irai plus à la porte.

Dans les jours qui ont suivi, Joëlle s'est sentie capable de se détacher de Gérard sans se sentir coupable. Plusieurs séances de reparentage lui permettront de rompre avec Gérard et d'exiger qu'il cesse de la harceler au téléphone et de la surveiller en voiture.

Exemple – Enseigner les besoins affectifs fondamentaux

Adeline, 21 ans, est étudiante. Elle consulte pour une anxiété sociale, une anxiété de performance, une agoraphobie. Elle est un Enfant Vulnérable très anxieux, avec des Schémas d'Abandon, d'Imperfection, développés au contact d'une mère très critique, autoritaire, inquisitrice. Au cours d'une séance d'imagerie, elle rapporte le souvenir d'une situation vécue vers l'âge de 2 ans. En voulant aider son papa pour le petit-déjeuner, elle saisit un énorme pot de confiture pour le ranger dans le placard. Sa mère, arrivant en faisant claquer une porte, la surprend et... le pot de confiture en verre s'écrase au sol. Il s'ensuit une scène violente dans laquelle la mère réprimande durement la fillette, tout en ramassant la confiture. Durant peut-être une demi-heure, elle la critique, la dévalorise, l'insulte en criant.

Adeline, après la scène de reparentage et le dialogue entre le thérapeute et la mère en imagerie, raconte qu'elle pensait, à l'époque, que sa mère avait raison de la critiquer de la sorte. Elle raconte que, lorsque des petites copines venaient à la maison, elle observait que sa mère était « gentille »

avec elles. Mais elle se disait que, lorsque les copines rentraient chez elles, elles se faisaient nécessairement réprimander et crier dessus ; que c'était normal, pour une mère, de disputer son enfant en criant et en le critiquant. C'est donc le rôle du thérapeute, par ses interventions en imagerie, d'insister sur le côté anormal de ces attitudes irrespectueuses et d'en faire prendre conscience à l'Enfant Vulnérable.

Dialogues en imagerie

Les dialogues en imagerie ont pour but d'apprendre au patient à interagir avec les personnes responsables, par le passé, de la création de ses Schémas Précoces, et avec celles responsables, dans le présent, du maintien de ces Schémas. *Le patient enfant (avec ses différents Modes) dialogue avec un adulte dysfonctionnel et un adulte sain dans une imagerie mentale* qui est fondée sur un souvenir d'enfance réel du patient. L'adulte sain est le thérapeute, qui demande au patient à entrer dans l'image. On utilise pour ce faire les souvenirs issus de la technique d'imagerie diagnostique vue précédemment (figure 7.2).

Différents dialogues entre adulte sain, patient enfant et adulte dysfonctionnel peuvent être tenus et il est utile de procéder à des changements de rôle.

- *Le thérapeute peut tenir le rôle de l'adulte dysfonctionnel dans l'imagerie en parlant au patient enfant* : il va ainsi provoquer chez le patient les émotions du Mode Enfant Vulnérable. C'est une méthode qui permet au thérapeute de contourner le Mode Protecteur Détaché chez les personnes qui ont du mal à accéder à leurs émotions parce qu'elles se contrôlent trop. Le Protecteur

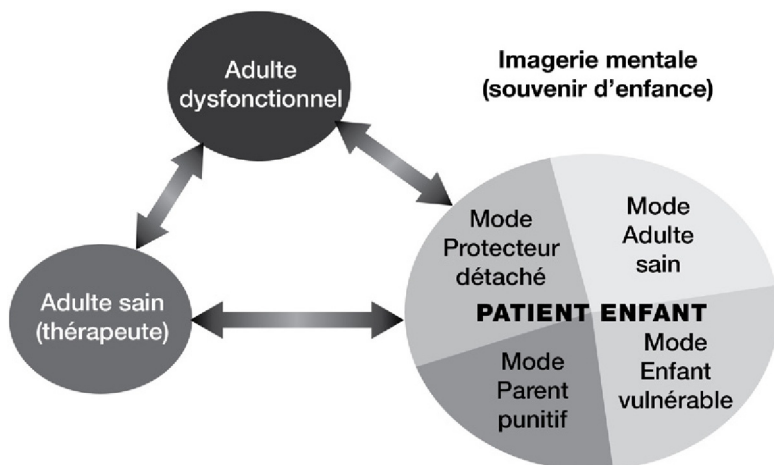


Figure 7.2. Les dialogues en imagerie.

Détaché barre souvent l'accès à l'Enfant Vulnérable et cette méthode permet de franchir ce barrage.

- *Le thérapeute peut tenir le rôle de l'adulte sain en demandant au patient de jouer celui de l'adulte dysfonctionnel.* Le patient, en se mettant dans ce rôle, cherche à adopter les propos et le comportement de l'adulte dysfonctionnel ; il ressent simultanément, bien entendu, que son Mode Adulte Sain est en désaccord avec cette attitude. Cette ambivalence exacerbe chez lui le sentiment que *l'adulte dysfonctionnel est le seul responsable* : ce n'est pas lui, l'enfant, qui est en faute, mais c'est le parent qui a tort : ce vécu émotionnel chez le patient va lui permettre de comprendre plus clairement le côté dysfonctionnel de son parent. Ce procédé *active aussi la colère chez le patient*, qui saisit à quel point ses besoins n'ont pas été respectés lorsqu'il était enfant. On aide ainsi l'Enfant Vulnérable à sortir de sa douleur et à exprimer sa frustration par rapport à des besoins fondamentaux qui n'ont pas été pris en compte par le parent.

- *Le thérapeute peut tenir le rôle du Mode Enfant Vulnérable et demander au patient de jouer celui de l'adulte sain.* Cette méthode, dans laquelle le patient s'investit en tant que personne aidante pour un enfant en difficulté qui lui parlerait, permet de *faire comprendre au patient le comportement dysfonctionnel de son parent*. Le thérapeute cherche ainsi à améliorer la prise de recul du patient par rapport à la situation mal vécue, et aussi à développer le Mode Adulte Sain du patient.

Ces changements de rôle permettent chez le patient un changement émotionnel et une meilleure compréhension des faits.

Exemple 1 – Christophe

On a déjà parlé de Christophe, élève infirmier, lors du Travail de chaises dans le chapitre dédié à la conceptualisation. Dans l'exemple cité ci-dessous, on traite en imagerie une situation du passé dans laquelle, à l'âge de 13–14 ans, il a été mis dehors par sa mère. Ses parents se sont séparés lorsqu'il avait 7 ans et, à l'époque des faits abordés en imagerie, il vit chez sa mère avec son frère aîné. La mère vit avec un nouveau compagnon et le couple se plaint beaucoup du peu de considération de Christophe pour les règles de la maison (rangement, ponctualité, etc.). Dans une première scène abordée, Christophe se présente à table à l'heure du repas du soir ; la mère, son compagnon, ainsi que le frère aîné ont commencé à dîner sans l'attendre ni même le convier à table. La mère exprime fermement sa demande de le voir quitter la maison : « On aimerait que tu partes ». On a vu précédemment, dans le dialogue de chaises, que Christophe avait un Mode Protecteur Détaché très présent, et ce Mode bloque l'imagerie. En effet, le patient se sent très détaché lorsqu'il évoque la scène et lui est difficile d'accéder à son ressenti de l'époque. On aborde ici une nouvelle scène : Christophe est rentré la veille de chez son père, et il n'a pas défait sa valise. Le lendemain, la mère vient chercher Christophe et son frère au collège ; ils sont dans la voiture avec un copain de Christophe et la mère est furieuse – « elle fait une crise d'hystérie », ►

▷ dit Christophe. *Dans le but de contourner le Protecteur Détaché, le thérapeute va provoquer l'Enfant Vulnérable en jouant le rôle dur et brutal de la mère dans cette scène.* Il propose au patient un dialogue dans lequel il tient le rôle de la mère, afin de discuter avec l'adolescent dans l'image. *Le patient a les yeux fermés.* Christophe et un copain de son âge sont assis à l'arrière de la voiture, la mère est au volant, le frère aîné assis à côté d'elle. (Précisons, pour la compréhension de la scène, que Christophe quittera le domicile de sa mère le soir même du jour où les faits se sont déroulés.)

Dialogue adulte dysfonctionnel versus Enfant Vulnérable – Contournement du Protecteur Détaché

La mère dysfonctionnelle (thérapeute, d'un ton très dur, fort et appuyé) : Écoute, Christophe, ça commence à bien faire. On ne peut plus te supporter. Tu ne respectes aucune règle. Ta chambre est un vrai bordel, tu n'es jamais à l'heure. Tu as laissé traîner ta valise. Je t'avais dit de ranger tes affaires. On en a marre, on aimerait que tu partes de la maison.

Christophe : Ben, c'est juste une valise, quoi.

Mère dysfonctionnelle (haussant très nettement le ton) : Là, c'est plus possible. Je veux que tu ranges tes affaires, tu as compris ou non ? C'est pas compliqué, tu ranges, un point c'est tout. Je te demande de m'obéir et c'est tout. Il n'y a pas à réfléchir : tu fais comme je te dis, et voilà.

Christophe : Ça va, ça va, t'excite pas...

La mère dysfonctionnelle : Tu ne me parles pas comme ça ! Tu as juste le droit de te taire. Si tu ne veux pas obéir, tu dégages !

Le thérapeute observe que Christophe serre les mâchoires et que ses mains tremblent un peu. Il reprend, sans prévenir, le rôle de l'adulte sain : Que ressens-tu, Christophe ?

Christophe : Je ne me sens pas bien, je suis tendu. C'était exactement comme ça, j'en frissonne de partout.

Thérapeute : Et quand tu te sens tendu ainsi, maintenant, quelles sont les pensées qui te traversent l'esprit ?

Christophe : Je me sens rejeté, je n'ai plus qu'à m'en aller. Le soir même, j'ai quitté la maison et je suis parti chez mon père.

Thérapeute : Si tu parcoures ton corps mentalement en entier, peux-tu dire ce que tu ressens en ce moment ?

Christophe : J'ai le ventre qui se serre, je suis tendu des bras et des jambes.

Les propos du patient, son attitude, son émotion, signent le *passage en Mode Enfant Vulnérable*. À partir de là, le reparentage peut commencer, car l'Enfant Vulnérable est activé et accessible au dialogue avec le thérapeute. Le thérapeute tient alors le rôle de l'adulte sain, qui parle avec l'Enfant Vulnérable, auquel il explique que tout enfant a le droit d'être protégé par ses parents, que la réaction de la mère est disproportionnée par rapport à la « faute » de l'enfant, que ce qui se passe n'est pas de sa faute et qu'il mérite d'être protégé, compris, et aimé ; que ses attitudes de non-respect des règles sont des attitudes de provocation guidées par un besoin d'attention et d'affection.



▷ **Dialogue adulte sain versus adulte dysfonctionnel – Expression de la colère**

Dans la suite de la séance, le thérapeute propose un autre dialogue : entre la mère dysfonctionnelle (jouée par Christophe) et l'adulte sain (rôle tenu par le thérapeute).

Thérapeute (parlant à la mère) : Valérie, je suis stupéfait par votre attitude vis-à-vis de Christophe : est-ce vraiment à votre fils que vous parlez ainsi ? Est-ce vraiment votre enfant que vous voulez mettre à la porte de votre foyer familial ?

La mère (jouée par Christophe) : Il ne tient qu'à lui d'obéir ; ce que je lui demande n'est pas compliqué : il doit obéir aux règles.

Thérapeute : Je comprends que vous vouliez lui fixer des règles, c'est bien normal et c'est bon pour lui. Mais pouvez-vous comprendre qu'il se sent rejeté, comme s'il était un inconnu, comme une personne étrangère à la famille, et qui dérange ?

La mère : Je ne vois pas pourquoi il faudrait que ce soit toujours à moi de faire des efforts, il faut qu'il en fasse aussi.

Thérapeute : Si vous voulez le punir pour son manque d'obéissance, vous devez trouver une autre solution. Christophe est votre fils, il a besoin de sentir, comme tous les enfants, que vous êtes là pour le soutenir, pour le comprendre et l'aider dans ses difficultés. S'il est si opposant à la maison, il y a peut-être des raisons à cela. Son père n'est plus ici, les choses se passent plus ou moins bien avec votre compagnon actuel. Vous êtes l'adulte, vous êtes responsable de lui. Il est inadmissible que vous le mettiez à la porte. Il a besoin de votre protection. Il n'a que 14 ans et n'est pas du tout autonome. Vous lui demandez de quitter la maison sans avoir discuté de ça avec son père, sans savoir s'il peut accueillir son fils en urgence. Vous devez chercher à le comprendre plutôt que de lancer aveuglément une punition injuste et insupportable. Donc, puisque vous êtes l'adulte et lui l'enfant, c'est à vous de faire l'effort de le comprendre et de l'accepter avec ses difficultés. Par ailleurs, pourquoi attachez-vous autant d'importance à cette valise non défaite ? Est-ce si grave ? Ne peut-il pas ranger ses affaires ce soir en rentrant ? Votre réponse est totalement démesurée et inadaptée à son comportement un peu laxiste. Qu'avez-vous prévu pour lui, ce soir ? Qu'il dorme dans la rue ? Votre attitude irresponsable exige un signalement aux autorités. Je vais prévenir son père, et aussi la police. Aux termes de la loi, vous vous verrez imposer une enquête sociale afin de déterminer si votre enfant est en sécurité chez vous et vous risquez de perdre le droit de garde.

(À ce moment, le visage de Christophe, toujours les yeux fermés, se modifie : les muscles des mâchoires se tendent et se détendent alternativement et ses mains s'agitent.)

Thérapeute (constatant que le patient exprime de la colère, il change, sans prévenir, d'interlocuteur et se met à parler à l'Enfant Vulnérable) : Christophe, qu'est-ce que tu ressens en ce moment quand je parle à ta mère ?

Enfant Vulnérable (haussant les épaules) : Bof...

Thérapeute : Est-ce que tu peux mentalement parcourir ton corps et me dire si tu ressens quelque chose quelque part ?

Enfant Vulnérable : Ben...

Thérapeute : J'observe que tes mâchoires sont tendues ; est-ce que tu t'en rends compte ?

- ▷ Enfant Vulnérable : Oui.
 Thérapeute : Je vois aussi tes mains s'agiter...
 Enfant Vulnérable : Oui.
 Thérapeute : Si tu écoutes bien ton corps, est-ce que tu ressens que tu as envie de bouger ? Que veulent faire tes mains qui bougent ?
 Enfant Vulnérable : ... (ses mains s'agitent un peu plus).
 Thérapeute : Prends bien conscience de ce qui se passe dans ton corps, hmm ? Que veulent faire tes mains ?
 Enfant Vulnérable : J'ai envie de la taper...
 Thérapeute : Tu es en colère et tu as envie de frapper, n'est-ce pas ? C'est bien de t'en rendre compte. (Je saisis un gros livre usagé, très lourd et souple et le place devant ses mains.) Vas-y, tape ! Avec un peu d'hésitation, Christophe pousse un peu le livre à deux mains.
 Thérapeute : Plus fort que ça. Vas-y !
 Enfant Vulnérable : Mais je ne veux pas lui faire de mal...
 Thérapeute : Je le sais bien. Il s'agit surtout de prendre conscience que tu es en colère, que ton corps ressent cette colère. Vas-y, tape plus fort.
 Avec un peu d'insistance, Christophe tape fortement à plusieurs reprises dans le livre, de plus en plus spontanément, en répondant aux encouragements.
 Thérapeute : Très bien. En fait tu es en colère. Tu peux exprimer cette colère, ici, sans risque. Continue.
 Christophe continue à taper à plusieurs reprises et envoie le livre à un mètre de lui.
 Thérapeute : Comment te sens-tu maintenant ?
 Christophe : Ça me fait du bien. J'avais besoin de sortir tout ça.
 Thérapeute : Oui, tu as exprimé la colère dont tu avais si peur (voir pp.150-152). Elle correspond à toute la frustration que tu as ressentie, à ce besoin de protection que tu avais à l'époque et qui n'avait pas été pris en compte. Les choses n'auraient pas dû se passer comme ça ; ta mère a eu une mauvaise attitude à ton égard. Je ne suis pas en train de critiquer ta mère en tant que personne, mais je critique son comportement et tu as le droit de ressentir de la colère contre ce comportement inadapté pour l'âge que tu avais.

L'expression de la colère donne, comme dans l'exemple ci-dessus, de la puissance au ressenti de l'Enfant Vulnérable. Elle lui permet de valider le bien-fondé de sa souffrance, de reconnaître que ses besoins affectifs fondamentaux d'être humain n'ont pas été satisfaits. Cette puissance permet de s'opposer – lorsqu'il existe – au Mode Parent Punitif, comme nous le verrons plus loin (pp. 177-180).

Exemple 2 – Alice

Alice est une patiente de 50 ans, dépressive chronique. Elle a un Enfant Vulnérable fait d'un puissant Schéma d'Imperfection, ainsi que de Carence Affective. Petite, vers l'âge de 4 ans, elle a subi des attouchements sexuels de façon répétitive ▷

- ▷ par son frère aîné, dont elle n'a jamais osé parler par peur de détruire l'équilibre familial. Elle a également, vers l'âge de 7-8 ans, subi des attouchements sexuels de la part d'un homme adulte, un voisin, père d'une de ses camarades de jeu. Alice a cherché à parler à sa mère de ce qui lui arrivait, mais la mère est restée sans réaction et les agressions ont continué. Après plusieurs séances de reparentage en imagerie et d'interventions en EMDR pour retraiter les souvenirs d'agression, je propose un dialogue en imagerie entre l'Adulte Sain (thérapeute) et la mère, puis entre l'enfant et sa mère, afin que l'Enfant Vulnérable puisse exprimer sa peine et si possible sa colère à son parent négligent. En effet, malgré les interventions précédentes, la patiente ressent que si sa mère ne l'a pas protégée, c'est que la petite Alice n'en valait pas la peine parce que, probablement, elle ne méritait pas d'être aimée (elle pense, d'ailleurs, qu'elle ne le mérite toujours pas à l'heure actuelle) : elle est *non aimable* (Schéma d'Imperfection).

Dialogue entre l'Enfant Vulnérable et l'adulte dysfonctionnel

Alice, yeux fermés, a créé une image de la scène où, dans sa chambre, elle cherche à se confier à sa mère à propos des abus du voisin.

Alice (en pleurs) Enfant : Maman, je voudrais te dire quelque chose... Le papa d'Amandine m'embête, il me fait des choses pas bien...

Thérapeute : Comment votre mère réagit-elle ?

Alice : Elle reste froide, distante.

Thérapeute : Pouvez-vous insister et lui dire la difficulté dans laquelle vous vous trouvez ? Exprimez-lui ce que ressent la petite Alice, dites-lui ce dont elle a besoin de la part de sa mère.

Alice Enfant, toujours en pleurs : Maman, je voudrais que tu m'écoutes, que tu m'aides. Je sais pas quoi faire, il vient tout le temps m'embêter, il faut que tu lui dises d'arrêter.

Dialogue entre l'adulte sain et l'adulte dysfonctionnel – expression de la peine et de la colère

Le thérapeute demande ensuite l'autorisation d'entrer dans cette image pour s'adresser à Hélène, la mère d'Alice. Alice assiste donc à une discussion entre sa mère et un adulte sain, qui est le thérapeute. Elle écoute.

Le thérapeute, parlant à Hélène : Hélène, comment pouvez-vous rester sans réagir après ce que vient de vous dire Alice ? Votre fillette de 8 ans vous dit que le voisin, le père de sa copine Amandine, lui a fait « des choses qui sont pas bien »... Et vous restez sans réaction ? Comment se fait-il que vous ne lui posiez pas de questions pour chercher à savoir quelles sont ces choses qui lui pèsent ? Ne voyez-vous comme elle semble troublée ? Ne voyez-vous pas qu'elle est au bord des larmes ? Elle attend de vous de l'aide, dans une situation dont elle ne sait pas se sortir seule. Comment voulez-vous qu'une fillette de 8 ans se défende vis-à-vis de ce personnage qui l'agresse régulièrement ? Alice a besoin que vous vous asseyiez près d'elle, que vous la preniez contre vous, que vous lui parliez doucement en cherchant à comprendre ce qui lui arrive. Vous êtes sa maman, elle a confiance en vous et vous ne tenez pas votre rôle de mère, dans cette situation.



▷ Alice (en pleurs) : Ça, je n'ai jamais connu....

Thérapeute, parlant à Alice : Comment votre mère réagit-elle ?

Alice : Elle reste froide, sans empathie.

Thérapeute : Pouvez-vous tenir son rôle ? Que me répondrait-elle ?

Alice (jouant la mère) : Vous vous mêlez de choses qui ne vous regardent pas.

Thérapeute : De choses qui ne me regardent pas ? Vous rendez-vous compte qu'il s'agit de sévices subis par une enfant de 8 ans ? Je suis témoin des révélations d'une fillette de 8 ans qui se fait agresser sexuellement par un adulte : je me dois, de par la loi, de réagir et de signaler ses dires aux autorités. Votre fille est en danger, vous êtes donc coupable, au sens de la loi, de non-assistance à personne en danger. (*Alice, toujours yeux fermés, opine de la tête avec un air plus détendu.*) Par ailleurs, Alice est mineure, ce qui fait de vous une complice d'agressions sexuelle sur une personne mineure. (*Alice acquiesce à nouveau de la tête.*) Et pour couronner le tout, cette enfant est votre fille, ce qui signifie que vous ne protégez pas votre enfant, qui n'est donc pas en sécurité auprès de vous. (*Nouveau signe d'acquiescement d'Alice.*) Je vais devoir non seulement signaler les faits rapportés par votre fille, mais aussi signaler votre incompétence parentale, votre négligence dans la prise en charge de ce qui arrive à votre fille.

Thérapeute : Comment se sent la petite Alice ?

Alice (parlant en tant qu'adulte, qui juge cette situation) : C'est sûr que j'ai manqué d'une relation proche, aimante.

Thérapeute (voyant que la personne adulte parle, il va chercher à faire intervenir le Mode Adulte Sain de la patiente) : Qu'auriez-vous fait, en tant qu'adulte, si vous vous étiez trouvée confrontée à une telle situation, face à une fillette de 8 ans qui vous fait part de sévices sexuels ?

Alice (son visage et ses mains s'agitent) : C'est sûr que j'aurais réagi comme ça, comme vous avez dit. On ne peut pas laisser faire des choses pareilles, les enfants doivent être protégés !

Thérapeute : Je vois que votre visage s'agitte, ainsi que vos mains... Quelle est votre émotion en ce moment ?

Alice : Je suis en colère.

Thérapeute : Contre qui, contre quoi, cette colère est-elle dirigée ?

Alice (agitée) : Je suis en colère contre X (le voisin agresseur), et aussi contre mes parents qui n'ont rien fait, trop préoccupés qu'ils étaient par leur mécontentement et leurs disputes à eux... Mon père disait qu'il s'était construit tout seul, que personne ne l'avait aidé à devenir ce qu'il était, que nous (les enfants) devons nous construire également tout seuls. Et mon frère, qui venait – soi-disant – chercher de l'affection la nuit dans ma chambre, quand tout le monde était couché, et moi qui ne disais rien pour ne pas déstabiliser la famille... On n'avait pas droit à la parole. À table et après, dans la soirée, seuls les règlements de comptes entre les parents avaient de l'importance, j'avais juste le droit de me taire !

Thérapeute : Vos mains s'agitent de plus en plus... Qu'ont-elles envie de faire ? (Les poings se serrent, se desserrent, repoussant dans le vide. J'interpose le gros livre usagé dont il a déjà été question : les mains appuient sur le livre.) Oui, ▷

- ▷ allez-y poussez... Encore, oui, plus fort. (En insistant, Alice finit par repousser brusquement le livre. Je le représente.) Allez-y, encore, tapez ! (Alice frappe à poings fermés sur le livre.)

Thérapeute : Vous êtes très en colère, n'est-ce pas ? Est-ce que vous le ressentez dans votre corps ?

Alice : Oui, c'est rare chez moi...

Thérapeute : C'est une colère qui exprime la frustration : vous n'aviez pas le droit à la parole, vous avez manqué de l'attention à laquelle tous les enfants ont droit. C'est ce que dit cette colère. J'aime bien vous voir en colère, ça vous fait sortir de votre tristesse habituelle.

Alice : C'est vrai, la tristesse est partie, pour le moment.

La thérapie sensorimotrice [65] explore la signification du comportement non verbal. B. Bainbridge-Cohen a décrit cinq mouvements fondamentaux : céder, pousser, tendre la main, saisir, tirer. La thérapie sensorimotrice postule que chacun de nos mouvements, et notamment ceux déclenchés par des systèmes comportementaux (Panksepp), sont construits sur ces cinq mouvements. L'exploration du corps, lorsqu'un patient explore un souvenir chargé en émotion, permet de retrouver un système comportemental qui cherche à s'exprimer alors qu'il ne l'a pas pu dans la réalité explorée par la mémoire du sujet. Ce mouvement avorté a été empêché par une émotion telle que la peur ou par les Stratégies Précoces du patient à l'époque du souvenir.

L'exemple ci-dessous reprend un souvenir déjà décrit (voir pp. 154-155) par Julien : la scène du ponçage des portes.

Exemple 3 – Julien (thérapie sensorimotrice – Expression de la colère)

Julien est assujéti par son père à l'aider dans une tâche pour laquelle il s'applique de son mieux, mais son père n'est jamais satisfait de l'aide que son fils lui apporte et il le critique de façon répétitive, à chaque week-end consacré à ce travail. Dans la scène travaillée en imagerie, Julien, les yeux fermés, se décrit à genoux sur l'établi de son père, en train de tenir la porte du mieux qu'il le peut, en cherchant à suivre les indications de son père, mais aucune attitude n'est jamais la bonne aux yeux du père, qui exige et critique en permanence. Dans cette scène, Julien se sent inutile et soumis au contrôle que son père exerce sur lui. Il se reproche aussi de ne pas s'être rebellé. Ce souvenir a été travaillé durant plusieurs séances et Julien ne ressent pas de colère, mais plutôt de l'anxiété et de la tristesse. Au cours de la séance actuelle, Julien exprime que, dans sa vie actuelle, il commence à sentir qu'il peut dire non à des situations analogues.

Julien : Je peux refuser, maintenant. Et avec mon fils, je fais différemment, et je le lui dis, d'ailleurs. Je peux le [le père] mettre à ma place, à tenir la porte, et l'engueuler. Il faut que je descende de cet établi.



▷ Thérapeute (j'observe que la main gauche de Julien, qui est gaucher, fait un mouvement : ses mains sont posées sur ses cuisses, et son poignet gauche réalise une rotation vers l'extérieur, un peu rapide et très peu ample) : Quelle émotion ressentez-vous en ce moment ?

Julien : Pas grand-chose.

Thérapeute : Si vous parcourez mentalement votre corps en entier, est-ce que vous observez quelque chose quelque part ?

Julien : Non.

Thérapeute : Pourtant, j'ai vu bouger votre main gauche. Pouvez-vous retrouver le geste que cette main vient de faire ? Reprenez où vous en étiez : vous vouliez descendre de l'établi. (Julien reproduit un geste similaire.) Avez-vous repéré ce que je vous ai signalé ?

Julien : Vous voulez dire comme ça (et il reproduit le geste) ?

Thérapeute : Oui, c'est bien ce que j'ai vu tout à l'heure. Pouvez-vous *l'amplifier* dans son déplacement pour mieux le sentir ? Et le reproduire avec *plus de force* ? (Je place contre la main de Julien le paquet de mouchoirs en papier qui est à proximité, et le mouvement amplifié écarte l'objet.) Vous avez remarqué ? Vous avez *poussé* le paquet de mouchoirs. Refaites ce mouvement. (Julien refait, plus fort et le paquet de mouchoirs tombe à terre.) Très bien. En mettant les deux mains ça donnerait quoi ? (*Généralisation* du mouvement.)

Julien pousse avec les deux mains. Je place alors un gros livre usagé très lourd et Julien finit par repousser ce livre, puis avec un peu de guidage, à le repousser violemment puis à le frapper fortement jusqu'à le faire tomber au sol un mètre plus loin.

Thérapeute : Comment vous sentez-vous ?

Julien : Ça chauffe un peu de partout. Là, je me sens en colère.

Thérapeute : OK, continuez. (Julien reproduit le geste plusieurs fois, puis il reprend la scène en imagerie.)

Julien : Je descends de l'établi, je débranche la prise de la ponceuse, je le pousse, je le lève et l'installe sur l'établi à ma place pour tenir la porte : vas-y, c'est à toi, maintenant. Je saisis la lampe qui éclaire l'établi et la lui écrase sur la tête. Je l'énerve et le nargue en dansant sur la porte... Je pose des serre-joints sur l'établi. Voilà, débrouille-toi avec ça, maintenant. Et je m'en vais.

Thérapeute : Vous étiez en colère, n'est-ce pas ?

Julien : Oui, j'ai fait de l'espace (il refait le geste de repousser avec les mains). Je me suis donné le droit d'avoir mon espace personnel.

Dans cet exemple, le thérapeute a repéré un mouvement fondamental : pousser. Il l'a fait prendre conscience au patient qui a pu ressentir, en se concentrant sur ce mouvement, la colère qui était restée non exprimée, alors que les circuits (système Colère de Panksepp) étaient à disposition dans le tronc cérébral. Mais la Stratégie d'Assujettissement et la peur que son père lui inspirait l'empêchaient de prendre conscience de cette colère et de l'exprimer. Son corps en ressentait néanmoins le besoin implicite. Le travail a consisté en une prise de conscience de cette colère et à faire

mentaliser le patient sur la signification de ce ressenti. La colère lui donnait le droit d'avoir son espace personnel et de se faire respecter.

EMDR

La technique EMDR (*eye movement desensitization and reprocessing*), développée par Francine Shapiro [81], est une autre technique émotionnelle qu'il est possible d'utiliser pour soigner l'Enfant Vulnérable. Spécialement adaptée pour aborder les situations du passé fortement chargées en émotions négatives, et notamment les souvenirs traumatiques, elle est une alternative au reparentage en imagerie.

Cette méthode est de découverte empirique. La théorie qui la sous-tend pose l'hypothèse que tout sujet possède en lui des ressources sous la forme de capacités d'adaptation qui lui permettent de traiter des informations stockées dans un réseau mnésique traumatique (c'est le *traitement adaptatif de l'information*) pour les rendre supportables. La méthode EMDR serait un procédé pour stimuler le traitement adaptatif de l'information (TAI).

Il semble que le mécanisme d'action de la méthode EMDR passe par la saturation de la mémoire de travail [24] : après avoir « activé » un souvenir, ce qui correspond à aller chercher un souvenir dans la mémoire à long terme pour le placer en mémoire de travail, le patient est invité à suivre les doigts du thérapeute qui réalise des balayages devant ses yeux. Réaliser ces mouvements des yeux demande au sujet un effort soutenu de focalisation attentionnelle, ce qui sollicite fortement la mémoire de travail et contribue à décharger émotionnellement le souvenir auquel le sujet est exposé. « Activer » un souvenir consiste, dans le protocole standard de la méthode EMDR, à demander au patient de rechercher la pire image correspondant à ce souvenir, à rechercher les cognitions négatives contemporaines de cette image, puis le type d'émotion que ce souvenir active dans le présent chez le patient (peur, anxiété, tristesse, culpabilité, etc.), ainsi que l'intensité de la perturbation qu'il ressent sur une échelle de 0 à 10, et enfin sa localisation dans le corps. Le réseau mnésique négatif est ainsi « activé » : tous les éléments du Schéma ou du Mode, avec les émotions, les images, les pensées, les sensations corporelles, sont activés en mémoire de travail avant de commencer les stimulations bilatérales alternées (SBA) avec les doigts, qui déclenchent les mouvements des yeux chez le patient. Au cours d'une séance d'EMDR, un certain nombre de sets de SBA sont réalisés et, entre les sets, le sujet est invité par le thérapeute à exprimer « ce qui est là », c'est-à-dire toutes les émotions, pensées, images, et sensations corporelles qui se font jour, instant après instant. Progressivement, l'intensité de l'émotion liée au souvenir baisse, puis des cognitions positives se font jour et les sensations émotionnelles et corporelles (= mémoire du corps) s'apaisent. Le sujet se trouve alors apaisé : le réseau du souvenir traumatique est devenu

intégré dans la mémoire au long terme et il apparaît une prise de distance par rapport au souvenir qui perd son caractère intrusif et perturbateur.

Cette méthode est applicable au traitement des situations perturbantes de l'enfance qui sont à l'origine des Schémas et des Modes, et complète parfaitement le reparentage en imagerie. Cependant, le reparentage en imagerie ne peut être remplacé par l'EMDR : seul le reparentage fait intervenir la *régulation externe des émotions* (voir pp. 23-26, 31-37) par le thérapeute, nécessaire au traitement du Mode Enfant Vulnérable. En complément du reparentage, l'EMDR apporte la possibilité de traiter des images, des sons, des odeurs, des sensations physiques corporelles, et tout ce que le corps de l'enfant aura mémorisé lors des situations difficiles qu'il aura pu vivre.

Le chapitre consacré au traitement du Mode Protecteur Détaché donnera un exemple où une intervention d'EMDR est utilisée dans le traitement de l'Enfant Vulnérable (voir pp. 196-199).

Techniques cognitives

Conceptualisation

La conceptualisation, telle qu'elle a été envisagée au chapitre 5, est une technique cognitive de traitement de l'Enfant Vulnérable, puisqu'elle permet au patient de réaliser et ressentir son Mode Enfant Vulnérable ; de ressentir l'existence de ses Schémas centraux, l'insatisfaction de ses besoins et le côté dysfonctionnel de ses Stratégies Précoces. La technique du Travail de chaises, vue précédemment, permet au sujet de mieux ressentir ses Modes.

Dans l'attitude empathique, le but est de montrer le caractère adapté des Schémas et Stratégies à l'époque de l'enfance. Dans la position de confrontation, au contraire, le thérapeute vise à développer chez le patient la compréhension du côté dysfonctionnel actuel de ces Schémas et Stratégies en montrant tous les inconvénients dans les situations de l'époque actuelle. Au début, le thérapeute sera plutôt empathique, pour évoluer progressivement vers davantage de confrontation des attitudes dysfonctionnelles au fur et à mesure de l'avancement de la thérapie.

Tester la validité des Schémas

Le Schéma est pris comme une hypothèse à tester : quels sont les arguments du sujet en faveur du Schéma ? Et quels sont les arguments contre le Schéma ? Ces arguments sont à rechercher sur l'ensemble de la vie du patient. Les patients ont une plus grande facilité à trouver des arguments pour le Schéma. Il leur est difficile de trouver les arguments contraires, si bien que le thérapeute doit aider au travail des « contre ». Il s'en servira pour montrer la résistance du Schéma : des processus sont en place qui renforcent le Schéma et l'empêchent de guérir, notamment les distorsions cognitives.

Il s'agit de montrer au patient qu'il a tendance à réduire l'importance des arguments contraires au Schéma – faire mettre par écrit la tendance au déni (maintien du Schéma).

Il s'agit aussi de lui faire développer des explications alternatives pour chacun des arguments. Par exemple : « Je ne suis pas digne d'être aimée car mon père n'a jamais fait attention à moi » ; alternative : et si son père était incapable de s'occuper correctement de son enfant ? Cette solution avait-elle été envisagée par le patient ?

Exemple – Le Schéma d'Imperfection de Damien

Damien présente une personnalité évitante. C'est un garçon de 23 ans qui a une mauvaise estime de soi. En société, il est souvent angoissé dans les groupes. Il a raté l'année précédente un examen universitaire, et cet échec l'a renforcé dans ses croyances négatives sur lui-même. Il est dépressif et a des idées suicidaires. Dans sa famille, on parle peu ; sa mère est anxieuse et le père faisait peu confiance à son fils pour des tâches de la vie quotidienne.

Arguments de Damien en faveur de son Imperfection

- Je parle peu, donc je suis inintéressant.
- J'ai du mal à terminer les tâches ennuyeuses.
- J'ai du mal à me décider dans des choix importants (études, métier).
- Je me décourage facilement.
- Je m'organise mal.
- Je suis peu cultivé.
- J'ai raté mes études.

Arguments de Damien contre son Imperfection

- Aucun argument n'est spontanément évoqué.

Questions du thérapeute : Vous avez surtout parlé, dans les arguments « pour » votre imperfection, en termes de qualités intellectuelles et de performances. Puisque vous dites que l'un de vos problèmes est les relations sociales, est-ce que vous pensez que les relations amicales sont fondées à 100 % sur l'intelligence et la performance ? Est-ce que vous choisissez vos amis en fonction de ces deux critères uniquement ?

Damien : Non, c'est sûr ; je cherche des gens qui savent écouter, qui sont calmes, agréables, avec qui je peux échanger sur un plan plus affectif.

Thérapeute : Vous abordez donc le domaine des qualités affectives. Pensez-vous avoir de telles qualités ?

Damien : Je ne sais pas.

Thérapeute : Personnellement, je trouve que vous avez beaucoup de qualités relationnelles de type affectif : vous êtes souriant, calme, vous savez écouter, vous vous intéressez aux autres, vous vous souciez de vrais échanges dans les discussions, et non de discours à sens unique. Je m'en suis souvent rendu compte dans vos propos et dans votre façon de discuter avec moi ici. (Damien finit par convenir qu'il possède certaines de ces qualités.) À votre avis, quelle ➤

▷ est, en pourcentage, l'importance que l'on peut couramment accorder aux qualités affectives dans les relations amicales ?

Damien : Je dirais que l'intelligence et la culture comptent pour 70 %, les qualités affectives pour peut-être 30 %...

Thérapeute : Pour ma part, je préfère avoir affaire à quelqu'un d'un peu moins cultivé et intellectuel s'il est capable de montrer des qualités humaines et affectives, en tout cas pour des amis. Et vous ?

Damien ; C'est vrai que c'est important aussi les qualités humaines. Alors 50 % pour l'affectif et 50 % pour l'intellectuel ?

Thérapeute : Ça me va bien. Donc, peut-on dire que vous pouvez être particulièrement apprécié dans le domaine amical, étant donné vos qualités humaines et affectives ?

Damien (avec un sourire) : Finalement, oui, peut-être...

Thérapeute : Vous avez évoqué le fait que vous parliez peu : pensez-vous qu'il faille parler beaucoup pour être apprécié ? N'avez-vous jamais rencontré de personnes qui parlent beaucoup au point d'en devenir pénibles ?

Damien : C'est vrai que si les gens parlent trop et monopolisent le temps de parole, on a l'impression de ne pas exister. Et puis ce qui est important, c'est plutôt le contenu du discours que la quantité...

Dialogues entre le « côté sain » et le « côté du Schéma » – Technique des deux chaises

La méthode *arguments pour/arguments contre* peut être appliquée en utilisant la technique à deux chaises : sur une chaise, on demande au patient de jouer le « côté du Schéma » ; sur l'autre chaise, il joue le « côté sain ».

Au départ, c'est le thérapeute qui joue le « côté sain » (pour prouver que le Schéma est faux) et le patient fait tous ses efforts pour prouver que le Schéma est vrai ; le thérapeute répondra à tous les arguments du patient.

À la fin, c'est le patient qui joue le « côté sain » et le thérapeute joue le « côté du Schéma », tout en servant de guide pour soutenir le côté sain.

Progressivement, le patient joue les deux côtés, en utilisant les deux chaises.

Tester la valeur des Stratégies

On recherchera les avantages et les inconvénients des Stratégies précoces dysfonctionnelles.

Pour chaque réponse comportementale type, on demande au patient d'établir la liste des avantages (qui correspondent à la justification de la Stratégie dans l'enfance) et des inconvénients (la Stratégie est devenue dysfonctionnelle dans le monde d'aujourd'hui).

Le but est que le patient comprenne la nécessité de modifier ces comportements pour améliorer sa qualité de vie.

Fiches mémo

Les fiches mémo sont rédigées en séance avec le thérapeute et le patient les garde sur lui dans ses déplacements ; il peut les consulter en cas de forte émotion.

La fiche rappelle la relation avec le Schéma, elle a pour but la prise de recul et elle propose un comportement sain alternatif. Nous donnons à l'encadré 7.1 un exemple de modèle d'une telle fiche.

Techniques comportementales

Lorsque le reparentage de l'Enfant Vulnérable est achevé, il faut ensuite aborder le changement des Stratégies Dysfonctionnelles, c'est-à-dire passer à un travail de type comportemental.

Cette étape est indispensable ; elle intervient après le travail cognitif et émotionnel et, sans elle, la rechute sera probable. Elle vise à supprimer les Stratégies Dysfonctionnelles qui contribuent au maintien des Schémas. Le sujet va devoir changer des comportements personnels, mais aussi des personnes : partenaires, amis, qui contribuent, par *leurs* comportements, au maintien des Schémas du patient. Ces modifications porteront donc non seulement sur la vie de tous les jours, mais aussi sur des décisions importantes de la vie relationnelle.

Encadré 7.1

Exemple de fiche mémo

Il vient de se produire... (description de l'événement activateur),
et je me sens... (préciser l'état émotionnel).

Il me vient des idées telles que... (décrire les pensées automatiques).

Je sais que ce fonctionnement est produit par mon Schéma... (décrire le Schéma précoce en cause).

Je sais aussi que ce Schéma est dû à... (décrire sommairement les expériences de l'enfance qui ont créé ce Schéma).

Je sais aussi que ce schéma provoque chez moi des erreurs de jugement (décrire les distorsions cognitives liées au Schéma) qui me conduisent à ces pensées négatives.

Mais en fait, ma vie actuelle me donne des exemples de situations... (les citer) **qui prouvent que je peux voir les choses autrement...** (décrire les pensées positives qui remplaceront les pensées négatives).

C'est pourquoi, au lieu de réagir comme j'ai toujours eu tendance à le faire dans ce type de circonstance... (décrire le comportement dysfonctionnel), **je pourrais à la place...** (décrire un comportement plus adapté).

Conceptualisation et détermination des comportements à changer

Tout comme on a déterminé les Schémas Précoces, on détermine également les Stratégies Précoces. On reprend donc la conceptualisation du cas et on rappelle quelles sont les Stratégies Dysfonctionnelles du Mode Enfant Vulnérable du patient. De même que l'on a lié les Schémas (et les Modes) aux problèmes actuels, d'une part, et aux événements du passé, d'autre part, de la même façon on cherchera à faire des liens entre problèmes actuels, Stratégies Dysfonctionnelles et événements du passé. *Là aussi, la méthode d'imagerie est un outil important.*

Exemple – Éléonore et l'abnégation

Éléonore a plus de 60 ans, elle est retraitée. Elle vient de se séparer de son troisième compagnon, personnage narcissique, manipulateur qui l'a laissée pour une autre, après avoir vécu précédemment avec deux autres hommes ayant des profils de personnalité similaires, marqués par l'égoïsme et la domination, qui l'ont également laissée, chacun leur tour. Elle présente des Stratégies d'Assujettissement et d'Abnégation. Elle est dépressive, raison pour laquelle elle a été amenée à consulter. Son Mode Enfant Vulnérable s'est développé dans le contexte de deux parents peu capables de s'occuper d'elle. Sa mère est très égoïste, froide, et son père était peu présent et soumis aux décisions de la mère. À l'âge de 3 ans, Éléonore a été confiée à ses grands-parents durant plus d'un mois, lors de la naissance de son petit frère, « pour soulager la mère ». Elle n'a pas eu de nouvelles de ses parents durant tout ce temps et les a retrouvés par la suite en découvrant qu'un bébé était né. À 6 ans, elle a de nouveau été confiée durant 2 mois à ses grands-parents à l'occasion d'un déménagement, toujours pour soulager la mère. À la même époque, on la confiait régulièrement à un couple ami de la famille, qui n'avait pas d'enfant, « pour qu'ils puissent en profiter ». À 15 ans, on lui a confié la responsabilité de son frère (12 ans, épileptique) et de sa sœur (4 ans) durant une semaine dans la maison de vacances (« les grands-parents n'étaient pas loin », dans une autre maison, à 150 mètres de la sienne) pour que les parents puissent partir en congés. Bref, cet enfant a été éduqué à obéir, à servir, sans aucun souci de ses besoins.

Après avoir beaucoup travaillé, en imagerie de reparentage et en EMDR, sur son enfance, puis sur sa vie avec ses trois conjoints successifs, on aborde la modification des Stratégies. Actuellement, sa mère reste très présente dans sa vie et continue à se montrer exigeante et autoritaire. Elle lui impose ses horaires, ses courses, des appels téléphoniques quotidiens, la dérangent à tout moment sur le téléphone portable, appels au cours desquels elle passe son temps à se plaindre de l'absence du père, décédé il y a plusieurs années. (Éléonore a toujours été utilisée comme confidente par sa mère pour s'épancher de ses difficultés existentielles). *Éléonore hésite à partir en vacances, car elle sait que sa mère va se débrouiller pour la faire culpabiliser.* On commence par analyser l'origine de cette culpabilité. À l'idée de partir, Éléonore ressent une boule à ►

- ▷ la gorge et un serrement sur l'estomac, ce qu'elle traduit comme un ressenti de culpabilité. *La recherche en imagerie à partir de cette émotion du présent permet de retrouver une situation du passé dans laquelle Éléonore a 10 ans.* Son père a présenté une méningite et a été hospitalisé. Lors des visites à l'hôpital au cours desquelles elle accompagnait sa mère, elle voyait la douleur de celle-ci, et ressentait son impuissance à l'aider. Elle se disait qu'elle se devait de veiller à ne pas créer de problème supplémentaire dans la famille, d'aider sa mère, mais elle se sentait impuissante, ce qui déclenchait un sentiment de culpabilité. Cette situation de son enfance est l'un des nombreux événements qui ont contribué à provoquer chez Éléonore sa Stratégie d'Abnégation. Cette imagerie lui rappelle, si besoin était, le lien entre son attitude actuelle avec les personnes qui l'entourent, et notamment sa mère, et son enfance. À partir de ce souvenir, on a travaillé en EMDR pour apaiser la culpabilité et les idées d'Abnégation. Le travail comportemental a été, pour Éléonore, d'accepter de partir en vacances comme elle en avait envie (ma mère peut gérer mon absence durant 2 semaines, j'ai le droit de m'occuper de moi). Éléonore est finalement partie en congés avec sa fille et sa petite-fille et s'en est trouvée très satisfaite.
-

Établir un ordre de priorité dans les comportements à changer

Il s'agit ici de modifier les Stratégies Précoces dysfonctionnelles de l'Enfant Vulnérable. Ces Stratégies sont des comportements d'adaptation aux Schémas centraux du patient (Manque Affectif, Abandon, Méfiance, Imperfection, Isolement Social, etc.), et donc souvent des Stratégies Précoces telles que l'Abnégation, l'Assujettissement, le Surcontrôle Émotionnel, les Idéaux Exigeants (perfectionnisme). On est donc amené à modifier en premier les comportements qui font le plus souffrir le sujet, car ils sont liés à ses Schémas Précoce.

Le patient va devoir, par exemple, s'affirmer avec ses parents ou un conjoint avant de pouvoir s'affirmer avec d'autres personnes. Si l'on reprend le cas d'Éléonore, l'affirmation de soi auprès de sa mère va lui permettre par la suite de s'affirmer auprès des autres personnes de son entourage et de généraliser cette attitude dans un deuxième temps.

Dans l'exemple d'Alexia, ci-dessous, on a affaire à un Schéma d'Imperfection entretenu par l'Assujettissement aux décisions d'une mère manipulatrice (« Tu dois me téléphoner tous les dimanches soir, sinon tu ne m'aimes pas ». Pour venir à mon anniversaire, il faut que ton compagnon s'achète une nouvelle veste avec cet argent que je t'envoie, sinon j'aurai honte auprès de la famille ».) Cette patiente a une Stratégie d'Assujettissement, qui se manifeste notamment dans son anxiété sociale. Mais cette anxiété sociale ne pourra être traitée qu'après modification de l'Assujettissement à sa mère : on commencera par aborder le traitement de ce comportement.

Le travail cognitif aura permis de lister les avantages et inconvénients à conserver le comportement ciblé, d'une part, et les avantages et inconvénients à appliquer le nouveau comportement, d'autre part : lorsque le patient est convaincu du bien-fondé du changement, il l'applique.

Si le travail cognitif et émotionnel a été bien fait, le patient se rendra compte lui-même des priorités de changement comportemental.

Application du nouveau comportement

Afin de faciliter l'application du nouveau comportement par le patient, on peut l'aider par une fiche mémo, comme vu précédemment, avec instruction comportementale. Cette fiche, que le sujet peut relire régulièrement chez lui, permet le rappel de la bonne attitude et la prise de recul.

On répétera le comportement sain en jeux de rôle, en imagerie ou en EMDR. L'imagerie peut servir à répéter en imagination un comportement nouveau. Le rôle du thérapeute sera de veiller à ce que, dans le nouveau comportement, les anciennes attitudes ne se reproduisent pas.

On se mettra d'accord sur une tâche à réaliser, dont la réalisation sera revue lors d'une séance ultérieure.

Il faut penser à renforcer les résultats obtenus par la personne (en matière d'affirmation de soi, de respect de l'autre, d'efforts pour contrôler les émotions, etc.).

Exemple – Alexia et l'assujettissement

Alexia a 28 ans ; elle présente une personnalité dépressive, évitante et dépendante. Elle a un Mode Enfant Vulnérable extrêmement fragile : Schémas d'Abandon, d'Imperfection, de Dépendance/Incompétence, Méfiance, Fusionnement, et des Stratégies d'Assujettissement. Elle présente également un Mode Protecteur Détaché très puissant, avec évitement des situations relationnelles et professionnelles : elle ne fréquente aucun(e) ami(e) sinon ceux de son compagnon. Elle est en arrêt de travail car elle n'arrive plus à se sentir compétente dans son travail d'institutrice. Fille unique, elle a vécu au contact de parents qui ne s'entendaient pas et qui ont fini par divorcer lorsqu'elle avait 17 ans. Son père est un alcoolique sévère, très absent du foyer familial et très impulsif, grossier et agressif verbalement. Sa mère est très intrusive, dirigiste, autoritaire, contrôlant tous les comportements de la fillette. Celle-ci ne peut avoir aucune idée, aucune envie, aucune initiative personnelle, car la mère impose en toute circonstance sa façon de penser et d'agir. Très tôt dans sa vie, Alexia se trouve parentifiée, car sa mère l'utilise comme confidente pour s'épancher sur ses difficultés existentielles, notamment sentimentales.

Alexia vit en couple avec Fabrice. La mère d'Alexia organise, pour son départ à la retraite, une réunion familiale à laquelle elle invite le jeune couple. Mais cette invitation est liée à une injonction : comme la mère n'apprécie pas la façon de s'habiller de Fabrice, elle envoie un chèque à sa fille, lui demandant d'exiger de ➤

- ▷ Fabrice qu'il s'achète une nouvelle veste. Car la mère estime que les tenues de Fabrice ne sont pas présentables à la famille. Il est donc sommé d'en acquérir une qui convienne aux critères de la mère. Alexia a ressenti de la colère en lisant ce courrier... mais elle a du mal à désobéir, comme d'habitude. Néanmoins, s'agissant de son compagnon, elle se sent davantage prête à s'affirmer. Il est donc décidé de travailler sur l'affirmation d'Alexia face à sa mère, à partir de cette situation concrète et actuelle : *on aborde ainsi la modification d'une Stratégie Précoce d'Assujettissement*. Les étapes du travail ont été les suivantes.

1. *Analyse fonctionnelle de la situation en question*. À la réception du courrier contenant le chèque, Alexia a ressenti tout d'abord de la colère et a estimé que sa mère ne respectait pas les goûts de son compagnon. Son envie initiale fut donc de refuser le chèque et de ne pas se soumettre à cet achat contraint. Mais aussitôt est apparue de la culpabilité, car sa mère lui a asséné régulièrement tout au long de son enfance que, si elle aimait sa maman, elle devait lui obéir en tout. Refuser d'obéir à cette injonction d'achat était donc, pour Alexia, une façon de dire à sa mère qu'elle ne l'aimait pas. Elle a alors eu l'idée d'éviter de se rendre à l'invitation, sous un prétexte quelconque.

2. *Décision de changement comportemental*. Après avoir pris conscience en séance que cette solution serait un évitement, et que cette attitude ne servirait qu'à renforcer sa Stratégie d'Assujettissement, elle exprima le désir de s'opposer à la demande de sa mère. Elle aurait voulu lui dire qu'elle se rendrait à l'invitation, avec Fabrice, mais qu'elle refuserait le chèque et que Fabrice s'habillerait comme il l'entendrait. Il fallait gérer la culpabilité que cette attitude éventuelle engendrait.

3. *Mise en œuvre de la nouvelle Stratégie* : affirmation de soi.

– Il est tout d'abord proposé à Alexia un *Travail de chaises*. Dans un premier temps, le thérapeute s'exprime en confrontant la mère et en lui exprimant le caractère autoritaire, intolérant et irrespectueux de sa demande. Assis sur une chaise à côté d'Alexia, il parle à la mère, qui est représentée par une chaise vide (figure 7.3). Puis Alexia, avec ce modèle, parle à son tour à sa mère en lui exprimant ce qu'elle a ressenti en lisant son courrier et son désaccord avec elle (figure 7.4).

– *Tâche assignée à domicile*. Après le Travail de chaises, Alexia rédige chez elle une lettre de réponse à sa mère, dans laquelle elle reprend ce qu'elle a exprimé précédemment face à la chaise vide, et dans laquelle elle déclare son intention de se rendre à l'invitation avec Fabrice vêtu comme ce dernier le souhaiterait. Bien entendu, elle exprime aussi par écrit qu'elle renvoie le chèque par courrier. La formulation est travaillée selon le modèle de l'attitude affirmée : description du comportement reproché, expression de son ressenti, puis de son désaccord et des raisons de celui-ci, et annonce de la décision prise, à savoir venir à l'invitation, accompagnée de son ami et sans tenir compte de l'exigence de sa mère.

– *Lecture de la lettre en séance*. Alexia apporte sa lettre en séance. Le début de la lecture de la lettre provoque de l'anxiété et de la culpabilité. La méthode EMDR, dont on a déjà parlé un peu plus haut, est alors utilisée pour apaiser les émotions qui apparaissent au cours de la lecture : chaque fois qu'une phrase ▷

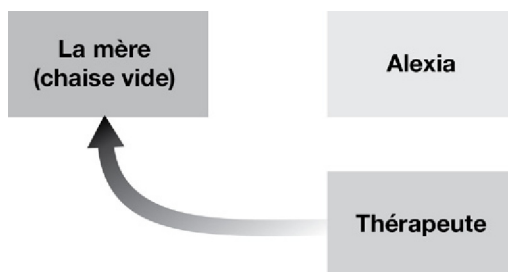


Figure 7.3. Technique de la chaise vide – temps 1.

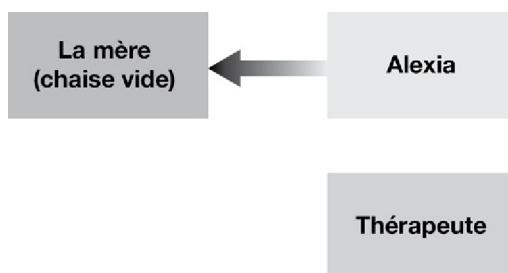


Figure 7.4. Technique de la chaise vide – temps 2.

▷ provoque une émotion négative, celle-ci est apaisée par des sets de mouvements oculaires, jusqu'à apaisement complet. Puis la lecture est reprise et ainsi de suite jusqu'à la fin de la lettre.

– *Application de la nouvelle Stratégie.* À l'issue de cette dernière séance, Alexia se sent prête à envoyer la lettre, accompagnée du chèque qu'elle a reçu de sa mère, et à se rendre à l'invitation, prévue plusieurs mois plus tard. Il est programmé que la lettre sera envoyée d'ici la séance d'après.

– *Revue de la tâche prescrite.* À la séance suivante, Alexia confirme qu'elle a pu envoyer sa lettre. Au cours des séances suivantes, elle précisera que la mère n'a pas insisté dans sa demande et que, le moment venu, Fabrice et alexia ont pu se rendre à la réunion prévue, sans représailles maternelles !

Autre exemple de changement comportemental avec Alexia : lors d'un séjour au domicile du jeune couple, la mère déclare que la chasse d'eau des toilettes est défectueuse. Ses enfants n'étant pas d'accord avec elle, elle profite de l'absence du couple pour faire venir un plombier, lequel réalise une petite réparation en déclarant que « ce n'était pas bien grave », moyennant un tarif qu'elle trouve excessif et qu'elle se trouve dans l'obligation de régler elle, puisque Fabrice l'avait prévenue qu'il ne voyait pas l'intérêt d'une réparation et que, de toute façon, il ne paierait pas l'intervention d'un professionnel. Rentrée chez elle, la mère annonce à sa fille par mail que, puisque le moment de son anniversaire arrivait, elle lui offrirait comme cadeau... la « réparation » de sa chasse d'eau ! Cette ▷

- ▷ situation a été traitée comme la précédente, avec les mêmes étapes dans la procédure et le même résultat au niveau de la réaction maternelle.
Le fait de constater que ces modifications sont plutôt bénéfiques et ne créent aucun ressenti chez sa mère ont encouragé Alexia à poursuivre l'affirmation de soi avec d'autres personnages, dans sa vie quotidienne.
-

Ce chapitre, très court, est surtout destiné à clarifier les différents Modes pouvant exprimer de la colère, de façon à ce que la colère ne soit pas systématiquement associée au Mode Enfant en Colère.

Lorsque le thérapeute repère que le patient exprime de la colère en séance, il est important qu'il l'arrête dans son discours pour lui demander s'il en a pris conscience. Après avoir repéré les comportements, attitudes et propos qui lui indiquent que le patient vient de se mettre en colère, il les lui décrits, en lui demandant s'il a bien repéré son état émotionnel. Il procède à un questionnement marqué par la *curiosité* dans lequel le ton, le débit et l'intensité de la voix, ainsi que la prosodie, doivent exprimer la *surprise* comme seule émotion, pendant que son attitude demeure inchangée : « J'observe que vous avez haussé la voix, que votre ton est devenu dur, que votre visage aussi s'est durci, et que vos mains s'agitent : quel est votre état émotionnel en ce moment ? »

Il procède alors à l'analyse fonctionnelle de la situation :

- « Que s'est-il produit dans la séance, ou en dehors, qui a pu déclencher de la colère chez vous ? En quel état émotionnel étiez-vous avant le début de la séance ? »
- « Quelles sont les pensées qui vous traversent l'esprit à l'instant, alors que vous êtes en colère ? »

Le thérapeute ne cherche pas à se défendre ni à contre-attaquer, il demeure imperturbablement dans un questionnement curieux et montre sa capacité d'autorégulation émotionnelle.

Les pensées automatiques du patient vont permettre d'identifier le Mode responsable de la colère ; on peut distinguer différents types de cognitions :

- certaines pensées expriment la frustration d'un besoin affectif fondamental : Carence Affective, Abandon, Méfiance, Isolement Social, Assujettissement ; il s'agit du *Mode Enfant en Colère* ;
- d'autres montrent des désirs ou des pulsions sans rapport avec les besoins fondamentaux : le sujet exprime des demandes égoïstes, d'une manière incontrôlée, sans pouvoir les différer et sans tenir compte des conséquences ; c'est le *Mode Enfant Impulsif*. Certaines cognitions témoignent d'une incapacité de se forcer à achever des tâches ennuyeuses ou routinières (le sujet se sent vite frustré et il abandonne) : c'est le *Mode Enfant Indiscipliné*. Les Schémas sont souvent Droits Personnels Exagérés, Manque de Contrôle/Autodiscipline ;

- certaines pensées automatiques exprimeront une colère dirigée contre le patient lui-même : il s'agit du *Mode Parent Punitif* (voir chapitre 10) ;
- enfin, dans certains cas, le questionnement curieux et étonné fera tomber le mur de colère et découvrira une autre émotion Mode Enfant Vulnérable : il s'agissait d'une colère du *Mode Protecteur en Colère*, variante du Protecteur Détaché (voir p. 96, et traitement du Protecteur Détaché chapitre 9).

La relation thérapeutique est au tout premier rang dans la gestion de la colère en séance, bien entendu.

Mode Enfant en Colère

Ce Mode se traite essentiellement comme le Mode Enfant Vulnérable (voir chapitre 7) : à partir de l'émotion ressentie en séance, et après apaisement, on demande au patient un exercice d'*imagerie* qui permettra d'identifier une situation du passé dans laquelle la même émotion de colère a pu être ressentie. Il faudra alors rechercher la frustration d'un besoin affectif fondamental, calmer l'Enfant en Colère et *reparenter* l'Enfant Vulnérable en lui montrant que sa colère est justifiée : ses besoins d'enfant n'ont pas été satisfaits. Cette colère est juste et l'identification de la colère peut lui permettre de reconnaître lorsque ses droits ne sont pas respectés. Dans l'imagerie, on travaillera l'affirmation de soi : on demandera à l'Adulte Sain du patient d'exprimer son ressenti, ses pensées, ses besoins, face à l'adulte dysfonctionnel, et le thérapeute, dans l'image, pourra confronter le parent dysfonctionnel.

Il faudra ensuite revenir au présent pour travailler sur les situations de la vie quotidienne, l'expression canalisée de la colère, l'*affirmation de soi* non agressive. Des *fiches mémo* pourront servir de guide en cas de ressenti de colère, avec une instruction comportementale d'isolement pour se calmer, puis de relaxation, puis d'affirmation de soi.

Les exercices de relaxation et de méditation de pleine conscience aideront le Mode Adulte Sain à prendre en charge la colère de l'Enfant.

Mode Enfant Impulsif/Indiscipliné

Le Mode Enfant Impulsif/Indiscipliné se développe souvent au contact de parents qui ont été laxistes, qui ont trop gâté leur enfant, ou bien de parents qui sont mal autorégulés émotionnellement et mal autodisciplinés. L'enfant, par voie de conséquence, n'aura pas appris à respecter des horaires, une bonne hygiène de vie, à respecter des règles sociales et à accomplir des tâches domestiques ingrates. L'imagerie de l'enfance pourra retrouver des souvenirs de parents impulsifs, coléreux, et mal disciplinés.

Le traitement consistera essentiellement en un *abord cognitif* : inconvénients à ne pas savoir s'autocontrôler et se discipliner, et en *tâches comportementales* de respect des consignes, en thérapie, dans la vie familiale et au travail.

9 Traitement du Mode Protecteur Détaché

Le Protecteur Détaché est un Mode d'évitement émotionnel et cognitif : dans cet état, le sujet se détache de ses émotions, de ses sensations corporelles, de ses pensées, pour éviter de ressentir les émotions négatives de son Mode Enfant Vulnérable. Le Protecteur Détaché est, avec le Parent Punitif, un obstacle qui empêche le thérapeute d'accéder à l'Enfant Vulnérable. C'est un Mode avec lequel on est souvent en difficulté dès les toutes premières séances de thérapie et qu'il convient donc de contourner pour avoir accès à l'Enfant Vulnérable.

Relation thérapeutique

Il s'agit de créer un lien relationnel au travers duquel le patient puisse se sentir à l'aise et en sécurité pour se reconnecter à son ressenti émotionnel ; d'apporter chaleur et soutien. Il faut aussi rassurer et établir la confiance – je suis là pour vous apprendre à gérer vos émotions négatives (Enfant Abandonné, Enfant en Colère, Parent Punitif) ; encourager à exprimer ses émotions sans se sentir jugé par le thérapeute.

Il convient aussi de chercher à développer une relation entre deux êtres humains, et non une relation uniquement fondée sur un aspect professionnel. Il importe donc :

- d'être authentique : honnête, direct et sincère, dans une relation entre deux êtres humains, sans chercher à jouer le rôle d'un thérapeute neutre et distant ;
- de demander au patient un feedback : quels sont les aspects qu'il trouve positifs chez le thérapeute, ceux qu'il trouve négatifs ? De quoi aurait-il besoin pour se sentir davantage en confiance avec son thérapeute ? Il faut insister, là encore, sur la nécessité d'une relation entre deux personnes et non sur un rapport technique froid et distant.

Le thérapeute explique l'effet nocif du Protecteur Détaché : il barre l'accès du thérapeute à l'Enfant Vulnérable et empêche donc le reparentage de celui-ci par le thérapeute.

Le thérapeute parlera fermement au Mode Protecteur Détaché (voir le Travail de chaises). Il est important qu'il identifie la méfiance du patient comme provenant du Mode Protecteur Détaché, si bien qu'il fera preuve de beaucoup de patience et d'empathie pour parvenir à gérer ce Mode.

Il s'agit encore de veiller à la prévention des comportements à risque (Auto-Tranquilliseur Détaché) et des tentatives de suicide, en proposant des solutions pour contacter le thérapeute entre les séances.

Techniques cognitives

Conceptualisation

Conceptualiser permet au patient de reconnaître le Mode Protecteur Détaché, de le dénommer et de savoir facilement le reconnaître par des signes qu'il saura identifier dans sa vie de tous les jours. Il pourra lui attribuer un nom personnalisé, tel que « la bulle », « le mur », etc. afin de mieux s'approprier cet état.

Arguments pour/arguments contre

On cherchera à explorer avec le patient l'origine infantile de ce Mode et à entrer en empathie avec sa valeur adaptative en passant en revue les divers avantages de ce Mode.

On recherchera ensuite les inconvénients de ce Mode, en montrant que les temps et les personnes ont changé par rapport au moment de construction du Protecteur Détaché.

Le patient saura facilement développer les « pour » et le thérapeute l'aidera à découvrir les « contre ».

Techniques émotionnelles

Travail de chaises

Le Travail de chaises sera développé dans le chapitre 10, consacré au traitement du Mode Parent Critique/Punitif. Il constitue, dans le traitement du Mode Protecteur Détaché, une variante émotionnelle à la technique cognitive des « pour » et « contre ».

Sur la chaise 1, le patient tient le rôle du Protecteur Détaché. Celui-ci se fera l'avocat du Mode Protecteur Détaché, et il cherchera à montrer le rôle positif de ce Mode vis-à-vis de la souffrance intolérable que dégage le Mode Enfant Vulnérable.

La chaise 2 reste vide : elle sera celle du Mode Enfant Vulnérable. Au début, le patient cherche à éviter de venir parler sur cette chaise, car elle représente des émotions difficiles à soutenir.

Le thérapeute se livre à la confrontation empathique. Il discute avec la chaise 1 pour valider son rôle dans l'enfance du patient (empathie), mais ensuite pour expliquer que les temps et les gens ont changé et que le Protecteur Détaché a un rôle négatif à l'époque actuelle (confrontation).

Le patient, quand il se sent suffisamment rassuré, adopte la position de l'Enfant Vulnérable : il lui est alors demandé de s'asseoir sur la chaise 2, dans laquelle il pourra exprimer sans risque ses émotions. Cette technique de chaises permet de trier les pensées et les états émotionnels.

Imagerie

Technique d'imagerie de base

L'imagerie peut partir d'une émotion de la vie actuelle. La technique d'imagerie, déjà beaucoup abordée, permet d'accéder au Mode Enfant Vulnérable, en contournant le Mode Protecteur détaché. Le patient, les yeux fermés, se concentre sur le ressenti corporel d'une émotion de la vie actuelle ; à partir de cette émotion, il cherche à retrouver une image d'une situation de son enfance au cours de laquelle il a ressenti la même chose. Il atteint ainsi son Mode Enfant Vulnérable, et le thérapeute peut entrer en relation avec celui-ci.

L'imagerie peut aussi partir directement d'une image de l'enfance. Une fois qu'il apparaît clairement au patient que ses problèmes actuels sont liés à des événements vécus dans son enfance, on peut alors lui demander, dans les séances ultérieures, de chercher directement une image de son enfance dans laquelle il se souvient d'avoir vécu un moment bouleversant.

Imagerie avec amplification émotionnelle

Parfois, le Protecteur Détaché est tellement puissant que la technique d'imagerie de base n'est pas suffisante pour le contourner complètement. Le patient continuera à « regarder » son Enfant Vulnérable au travers du Protecteur Détaché. C'était le cas du patient Christophe (voir pp. 173-175), pour qui il a fallu que le thérapeute prenne le rôle de la mère dysfonctionnelle, afin de provoquer les émotions de l'Enfant Vulnérable. Dans l'amplification émotionnelle, le thérapeute exagère l'attitude du parent dysfonctionnel, afin d'être aussi proche que possible de ce qu'a vécu l'enfant à l'époque des faits, et de provoquer l'émotion. Dans ce cas, on amplifie émotionnellement l'Enfant Vulnérable : le Protecteur Détaché est débordé et ne suffit plus à contenir l'émotion ; le thérapeute a alors accès à l'Enfant Vulnérable et le reparentage peut démarrer.

Négociation avec le Protecteur Détaché

Le Protecteur Détaché a une fonction de protection : il veut assurer la sécurité, le contrôle émotionnel, il veut éviter que les émotions soient ressenties, il veut garder le contrôle. Il s'agit de montrer que l'on respecte ce rôle, qu'il a eu une valeur adaptative, et chercher, comme dans l'exemple ci-dessous, à trouver un terrain d'entente avec lui. Le thérapeute lui propose de lui laisser le contrôle et la décision finale ; lui propose des méthodes rassurantes, qui permettront à l'Adulte Sain de gérer l'émotion : relaxation,

pleine conscience, EMDR. Il lui donne aussi des instruments de contrôle tels que la mesure du sentiment de sécurité sur une échelle de 1 à 100 %. Il laisse au patient la décision d'accepter ou de refuser les méthodes proposées.

Exemple d'un abord difficile de l'Enfant Vulnérable – Florence

Florence a 30 ans, elle est secrétaire. Séparée depuis un an, elle vit seule avec son fils de 6 ans, Morgan. Elle présente un trouble de personnalité borderline. Elle signale que son père était alcoolique, violent verbalement, physiquement ; il s'est livré à des attouchements sexuels sur Florence à 11–12 ans, en formulant des demandes explicites à 14 ans (« Ta mère ne veut plus faire l'amour, c'est ton devoir de fille de la remplacer »). La mère est décrite comme fragile, soumise ; elle parentifiait sa fille. Elle a un fort Mode Protecteur Détaché, ainsi qu'un Mode Auto-Tranquilliseur Détaché (abus de substances, sexualité débridée). Le Mode Auto-Tranquilliseur Détaché est actuellement bien géré, car Florence, très intelligente et lucide, a pu développer un Mode Adulte Sain qui se fortifie d'année en année. Mais le Protecteur Détaché reste actuellement un moyen de protection qui lui permet de se tenir à distance de ses émotions, et de ne pas trop ressentir la douleur de son Enfant Vulnérable. La conceptualisation des Modes de Florence est indiquée à la [figure 9.1](#).

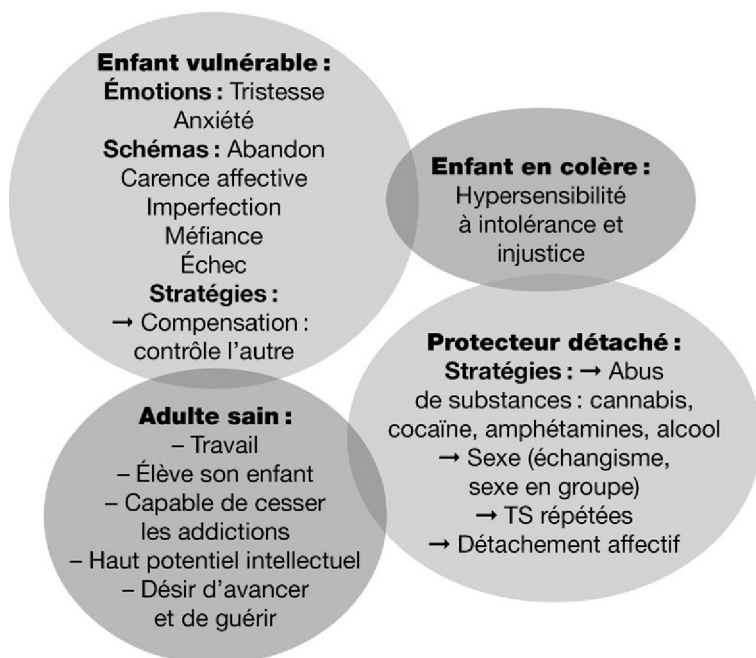


Figure 9.1. Florence, trouble de la personnalité borderline.



▷ Ce jour, en séance, le Mode Protecteur Détaché de Florence barre l'accès à l'Enfant Vulnérable. On va donc réaliser *l'abord de l'Enfant Vulnérable après relaxation prolongée, en utilisant des techniques de pleine conscience et d'EMDR*.

Florence arrive en séance le regard dur, le visage fermé, alors qu'elle était souriante les fois précédentes. « Je suis épuisée, débordée. Je suis au bord de la dépression. Je n'avais pas envie de venir : on ne va pas pouvoir travailler aujourd'hui. »

Thérapeute : Quel est votre état émotionnel aujourd'hui ?

Florence : Je suis détachée. J'ai craqué jeudi quand une collègue de travail m'a dit que j'avais « une petite mine » : je me suis écroulée en larmes. Au travail, je suis débordée, avec Morgan, c'est difficile, il me teste en permanence. Et puis j'ai eu une grosse dispute avec Julien.

(Julien est un ami proche qui avait en fait déclaré récemment à Florence qu'il était follement amoureux d'elle, alors que ce n'était pas réciproque. Depuis, il se plaint à elle de la sentir distante, de ne plus avoir ses confidences. Florence s'est mise en colère, disant que cet amour n'était pas prévu, que c'était pesant pour elle, qu'il n'était plus possible qu'ils soient des amis proches et qu'elle voulait qu'il respecte sa demande de se tenir à distance. Julien est parti en claquant la porte.)

Thérapeute : Je vous sens dure, froide, presque en colère ; c'est votre Protecteur Détaché, n'est-ce pas ?

Florence : Oui, il m'aide à tenir le coup. Aujourd'hui, ce ne sera pas facile.

Thérapeute : Vous voulez bien essayer un peu d'imagerie ?

Florence : Vous n'y arriverez pas aujourd'hui. Ça ne marchera pas.

Thérapeute : Peut-être, mais tant qu'on n'a pas essayé, pouvez-vous en être certaine ? Si vous êtes d'accord, on va commencer par faire le calme en vous, et faire que vous retrouviez vos ressources, votre Adulte Sain.

Florence : C'est-à-dire que j'ai peur de repartir « en vrac » après la séance...

Thérapeute : OK, et si on utilisait l'EMDR ? Vous connaissez cette méthode, vous savez que vous n'êtes jamais repartie bouleversée. D'ailleurs vous savez bien que je ne vous laisserais jamais repartir « en vrac » comme vous dites. Seriez-vous d'accord pour commencer par un peu de relaxation pour l'instant ? Nous verrons au cours de la séance ce que vous voulez faire, en fonction du niveau de sécurité que vous ressentirez. Nous ne passerons à l'imagerie de l'enfance que si vous en êtes d'accord : vous aurez toujours le contrôle sur la situation. Donc, je vous propose le programme suivant : relaxation, vérification de votre sentiment de sécurité, imagerie de l'enfance, puis traitement en EMDR. À tout moment, vous pourrez interrompre l'évolution des choses, vous serez toujours maîtresse des événements.

Florence : OK, allons-y pour la relaxation, en tout cas.

Je propose alors une relaxation profonde en insistant sur les points de contact, les perceptions de pesanteur, la température de l'air dans les narines, puis l'exploration des perceptions thoraciques et abdominales liées à la respiration (pleine conscience de la respiration), puis la régulation du système nerveux ▷

- ▷ autonome par la respiration, en faisant durer les périodes d'expiration. À plusieurs reprises, il est demandé à la patiente quel niveau de sécurité elle ressent et on arrive progressivement à 80 % de sécurité. Il lui est ensuite proposé de créer l'image de son lieu sûr habituel (la plage, la surface de l'eau calme, rassurante : « l'océan sera toujours là » ; apaisement au niveau des épaules et de la poitrine). À ce moment de la séance, Florence parvient à 100 % de sécurité. Une fois cette étape passée, je demande à nouveau l'autorisation de faire de l'imagerie, pour ensuite appliquer la méthode EMDR ; la patiente a déjà fait l'expérience de cette technique, qui a pour elle l'avantage de lui assurer de partir apaisée. Elle avait en effet exprimé, en début de séance, sa crainte de partir bouleversée. Après accord, je demande à Florence de focaliser son attention sur le moment où elle dit avoir craqué au travail, 2 jours avant, parce que sa collègue trouvait qu'elle avait une « petite mine ». Puis, à partir de cette émotion, il lui est demandé de retrouver – technique d'imagerie diagnostique – une image d'une situation de son enfance durant laquelle elle a ressenti la même émotion.

Florence : Dans cette image, je suis en première année de maternelle (3 ans et demi). C'est l'été ; mes grands-parents maternels sont venus quelques jours pour s'occuper de moi car ma mère est hospitalisée. Ce sont eux qui m'emmènent à l'école et viennent me chercher. Ils m'emmènent à l'école un matin et je pleure quand ils partent. Le soir, c'est mon père qui est venu me chercher, alors que je croyais que ce serait mes grands-parents. Mon père me dit que j'ai été tellement pénible que mes grands-parents en ont eu assez et sont repartis. « Pourquoi sont-ils partis ? Pourquoi m'ont-ils laissée ? Qu'est-ce que j'ai fait de mal ? »

Je propose, comme prévu, un abord en EMDR, sentant que l'Adulte Sain de la patiente aura suffisamment de ressources pour gérer la situation.

– Image de départ = le père qui vient chercher Florence à la sortie de l'école maternelle.

– Cognition négative = je ne mérite pas qu'on m'aime.

– Cognition positive = je suis une bonne personne, je mérite qu'on m'aime.

– VOC (*validity of cognition*) = 2/7. (Le VOC exprime, dans le protocole EMDR, sur une échelle de 1 à 7, le « niveau auquel la cognition positive est ressentie comme vraie actuellement ». En début de séance, le VOC est, bien entendu, très bas.)

– Émotion actuelle = tristesse.

– SUD (*subjective units of disturbance*) = 8/10 (intensité de la perturbation ressentie dans le présent à l'évocation de ce souvenir).

– Ressenti corporel de la perturbation = thorax.

Une désensibilisation par les mouvements oculaires (SBA) est pratiquée. Après chaque set de SBA, la patiente exprime « ce qui est là ».

– Je me sens plus détachée.

...

– Je me sens moins petite fille.

...



▷ – Je suis en colère : mon père m’a menti en prétendant que j’ai été vilaine et que c’est pour ça que mes grands-parents sont partis.

...

– J’ai du mépris pour lui : il devait se sentir impuissant face à ma détresse.

...

– C’est lui qui a tort.

...

– On ne m’avait pas expliqué que mes grands-parents repartiraient ce soir-là ; on aurait dû me prévenir.

– (Apaisement) C’est une affaire à classer.

Retour sur la situation de départ, à la suite de cet apaisement : *Je me vois adulte, donnant la main à la petite Florence. Je vois maintenant les choses avec des yeux d’adulte.* SUD = 2/10.

Thérapeute : Pourquoi la perturbation ressentie est-elle encore 2/10 et non pas 0 ?

Florence : Parce que je vois l’image de mon grand-père, décédé, à qui j’étais très attachée.

Poursuite des SBA, sur cette image qui vient d’apparaître.

On obtient finalement :

– SUD = 0/10.

– VOC = 6/7 puis VOC = 7/7. (VOC = 7/7 signifie que la cognition positive signalée au départ : « je mérite qu’on m’aime, je suis une bonne personne » est perçue comme étant tout à fait vraie.)

Scanner corporel : « Passez mentalement votre corps en entier : est-ce que vous ressentez quelque chose quelque part ? » « C’est OK, je ne ressens plus rien de négatif. Au contraire, un regain d’énergie, ressenti au niveau de la poitrine ».

Débriefing de la patiente : C’est mon père qui était en tort. Il m’a menti. Je n’ai rien fait de mal qui expliquerait le départ de mes grands-parents. Je peux arriver à ce que ces souvenirs appartiennent au passé. Je me sens forte pour affronter cette semaine. Je suis « scotchée ». J’étais vraiment persuadée, en venant, qu’on ne pourrait pas travailler. En plus, j’étais fatiguée et maintenant je me sens en forme ?

Il est intéressant de voir que, dans ce traitement, l’Adulte Sain est apparu dans l’imagerie et a pris en charge la souffrance de la petite fille : à un moment de la séance, Florence adulte se voit côte à côte avec la petite Florence, en lui donnant la main. On a là un excellent exemple de passage d’un Mode à un autre au cours d’un exercice d’imagerie émotionnelle.

Dialogue du thérapeute avec le Mode Adulte Sain, lequel fait l’intermédiaire avec le Mode Enfant Vulnérable

Dans l’exemple de Joëlle (voir p. 168-170), vu au chapitre 7, l’Enfant Vulnérable ne veut pas parler à l’adulte qui veut l’aider, dans l’image. Le Protecteur Détaché se méfie de cet inconnu qui s’adresse à la fillette dans la rue, de

nuit. Le thérapeute demande alors : « Joëlle, pouvez-vous demander à la petite Joëlle pourquoi elle ne veut pas me parler ? » Joëlle « traverse alors » le Protecteur Détaché et la Petite Joëlle répond : « Je le connais pas, ce monsieur ». Cela permet de comprendre que le Protecteur Détaché se méfie. L'Adulte Sain de Joëlle a la capacité de comprendre et rassurer le Protecteur Détaché et de parler à l'Enfant. Des explications données au Protecteur Détaché sur les intentions de l'adulte permettent de régler la situation : « Je te vois souvent dans la rue, je me fais du souci pour toi, je voudrais t'aider à rentrer chez toi, si tu veux je vais sonner et on entrera ».

Techniques comportementales

On cherche à ce que le patient reste le moins de temps possible dans son Mode Protecteur Détaché. Le thérapeute va donc l'inciter à partager davantage ses sentiments avec les autres, aussi souvent que possible, à participer à des activités régulières où il pourra rencontrer d'autres personnes (clubs de sport, de danse – la salsa est à la mode !), à inviter des amis à des activités qu'il affectionne (cinéma, escalade, etc.) et à fréquenter des groupes de rencontres (On Va Sortir, par exemple, est un réseau de rencontre et d'activités qui fonctionne bien sur l'Hexagone).

En séance, le thérapeute incite autant que possible le patient à partager ses sentiments et à parler de lui et de sa vie.

10 Traitement du Mode Parent Critique/Punitif

Tout comme le Mode Protecteur Détaché, le Mode Parent Critique/Punitif est un obstacle au reparentage du Mode Enfant Vulnérable. Comme pour le Mode Protecteur Détaché, le thérapeute va devoir négocier avec ce Mode pour le rendre moins fort et obtenir que l'Enfant Vulnérable se sente moins dévalorisé par son effet nocif.

Relation thérapeutique

Le thérapeute doit savoir protéger le patient contre son Mode Parent Punitif, car celui-ci peut s'avérer dangereux pour le sujet : il peut en effet déclencher des accès autopunitifs et suicidaires. Le thérapeute restera donc accessible par un moyen qui lui convient (texto, etc.).

Il cherche également à *limiter les « prises de parole » du Mode Parent Punitif* : lorsqu'il s'aperçoit que les propos du patient en séance (ou dans les situations rapportées de la vie quotidienne) en expriment le côté critique ou punitif, il intervient pour faire prendre conscience au patient qu'il est passé sous l'influence de ce Mode, et il confronte les pensées dysfonctionnelles en incitant le sujet à faire intervenir son Mode Adulte Sain pour trouver les alternatives saines à opposer au Parent Punitif/Critique.

Techniques émotionnelles

Reparentage en imagerie

Le thérapeute s'oppose au parent dysfonctionnel dans l'image et apprend au patient à s'affirmer contre celui-ci. Tout ce qui a été abordé au chapitre 7 en imagerie de reparentage, notamment avec les exemples de Christophe et d'Alice, procède de cette technique. Le thérapeute, après avoir obtenu du patient l'autorisation d'entrer dans l'image, confronte le parent dysfonctionnel. Il insiste sur le fait qu'il confronte des comportements, sans remettre en cause la personne du parent. Le patient garde les yeux fermés, et des changements de rôles ont lieu. Les points sur lesquels le thérapeute-adulte sain interviendra face au parent sont les suivants :

- ce comportement ne respecte pas les besoins affectifs fondamentaux de son enfant, qui sont ceux de tous les enfants ;
- ce comportement fait du mal à son enfant, qui va en rester marqué de façon durable dans sa vie future ;

- quel est le sens de son comportement ; que cherche-t-il à obtenir, quel est son objectif ?
- est-ce que ce comportement lui permet d'atteindre son objectif ?
- dans quelles conditions a-t-il appris ce comportement critique et/ou punitif, au cours de sa vie ?

Après l'intervention du thérapeute-adulte sain contre le parent dysfonctionnel, le patient (Mode Adulte Sain) peut exprimer au parent dysfonctionnel la peine et la colère de l'enfant dont les besoins n'ont pas été respectés, parce que le thérapeute-adulte sain lui aura appris ses besoins, et lui aura montré comment les choses auraient dû se passer différemment (voir figure 7.2).

C'est un travail de type externe, car il s'adresse à un personnage indépendant du patient, et non à un de ses Modes, intérieurs. Ce travail devra être prolongé par un travail interne, en utilisant la technique de chaises.

Travail de chaises

Le Travail de chaises, comme cela a été dit précédemment, est une technique de Gestalt-thérapie, mise au point par Fritz Perls. Il permet de travailler sur la structure de la personnalité, en mettant en jeu les différentes parties constitutives ou Modes. Les différents Modes s'expriment dans le langage intérieur du patient, lequel a toujours du mal à les individualiser. En effet, les voix se succèdent – voire se chevauchent – sans se présenter ! Le Travail de chaises permet de clarifier ce discours intérieur, de nommer les différentes voix en présence, et donc les différents Modes.

Buts

Les dialogues en imagerie sur des situations du passé, vus au chapitre consacré au Mode Enfant Vulnérable, sont un travail de type externe : les différents Modes du patient dialoguent, dans l'image, avec des personnages, l'adulte dysfonctionnel et l'adulte sain.

Le Travail de chaises permet aussi ce travail externe, mais il offre également la possibilité d'interventions sur la structure de la personnalité, donc de faire un travail interne sur les Modes (figure 10.1).

Cette méthode a plusieurs objectifs :

- tout d'abord, *clarifier les différentes voix internes* (= Modes) présentes chez un individu en leur permettant de parler aussi clairement que possible. C'est ce que nous avons vu dans le chapitre 5, consacré à la conceptualisation ;
- permettre également au patient de *ressentir les voix de deux ou plusieurs Modes* en présence, au lieu de les subir simultanément ;
- ensuite, *remettre fermement en cause les voix pathogènes* (Parent Critique, Parent Punitif) ;
- enfin, *identifier et développer une voix saine (Adulte Sain)* qui puisse doter la personne d'un centre plus adapté, créatif et affirmé.

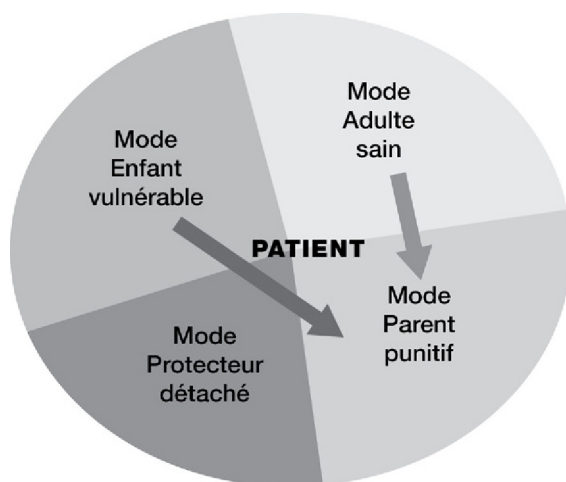


Figure 10.1. Travail de chaises – travail interne.

Le dialogue de chaises peut donc servir aussi bien au diagnostic, comme nous l'avons vu au chapitre 5, qu'au traitement des Modes.

Techniques générales

- *Maintenir les différentes voix clairement séparées sur différentes chaises.* Parfois, le patient qui tient un rôle sur une chaise change d'émotion : une ambivalence apparaît, ou un changement de Mode se produit ; il faut alors que le thérapeute l'interrompe pour lui en faire prendre conscience. *Deux voix différentes ne doivent pas alterner sur la même chaise* : on demande au patient de changer de chaise pour faire exprimer la seconde voix.
- *Demander au patient de préciser ses sentiments quand il parle.* Les sentiments du patient sont parfois en discordance par rapport aux propos tenus : faire préciser l'émotion permet une prise de conscience qui accentue le ressenti et change le discours, ce qui va par conséquent intensifier l'émotion ; faire répéter, etc.
- *Faire répéter les propos importants.* Par exemple :
 - Patient : je te déteste !
 - Thérapeute : dites-le encore.
 - Patient : Je te déteste !
 - Thérapeute : Dites-le encore en rajoutant quelque chose.
 - Patient : Je te déteste et je ne te laisserai plus me forcer à me soumettre !
- *Faire répéter à plus haute voix.* Lorsqu'un patient dit quelque chose pour la première fois, soit qu'il ait franchi un obstacle, soit qu'il se trouve en conflit, il parle souvent tout bas. Il faut alors lui demander de répéter à voix

haute, voire très forte. Renforcer positivement le patient pour cette expression affirmée (« oui, c'est super, encore », etc.)

Confronter la voix autocritique

On commence par un travail à deux chaises. Sur une première chaise, on demande au patient de parler avec la voix autocritique, afin que cette voix exprime toute sa malveillance envers le patient. Au départ, on va parler de voix autocritique, ou de partie autocritique, et le patient sera ensuite amené à identifier que cette voix est une intériorisation, un « copier-coller », installé inconsciemment dans sa tête à partir de l'attitude d'un (ou de deux) parent(s).

Sur l'autre chaise, disposée face à celle de la voix critique, le patient exprime le mal que lui fait cette voix critique :

- les réactions émotionnelles engendrées par la présence de la voix critique dans sa tête : épuisement, désespoir, angoisse, douleur, colère, démotivation, etc. ;
- les conséquences de cette voix sur sa vie, sa carrière et ses relations interpersonnelles ;
- ses désirs d'une vie différente.

Les chaises sont disposées comme indiqué à la [figure 10.2](#) : le patient alterne en face à face sur deux chaises ; le thérapeute se tient au milieu pour intervenir avec chaque chaise.

Dans un second temps, d'autres voix vont se manifester. La chaise 2, sur laquelle le patient exprime son désaccord, peut donner lieu à l'apparition de deux voix différentes : celle de l'Enfant Vulnérable, ou celle de l'Adulte Sain. Il importe donc que le thérapeute sache identifier l'état émotionnel qui s'exprime, de façon à nommer le Mode qui prend la parole, comme dans l'exemple ci-dessous où deux Modes vont se succéder pour confronter la voix autocritique. Le changement de Mode impose un changement de chaise : on ajoute donc une troisième chaise pour le patient ([figure 10.3](#)). Initialement, le patient exprimera sa souffrance et sa colère au Mode Parent Critique/Punitif (flèche A). Puis le Mode Adulte Sain du patient affirmera les besoins et les sentiments du Mode Enfant Vulnérable (flèche B).

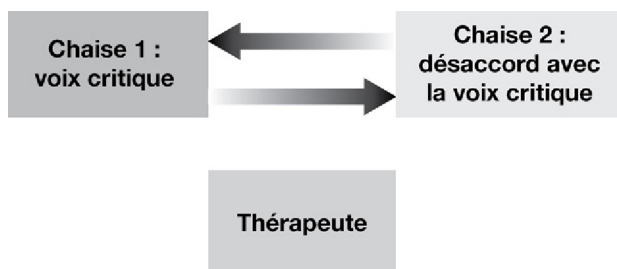


Figure 10.2. Confronter la voix autocritique – temps 1.

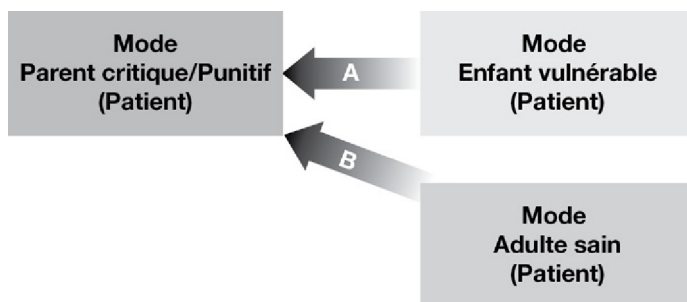


Figure 10.3. Confronter la voix autocritique – temps 2.

Exemple – Françoise et sa partie autocritique

Nous connaissons déjà Françoise (voir pp. 143-148), 54 ans, qui a été agressée sexuellement à 6 ans, épisode à la suite duquel sa mère ne l'a pas soutenue et l'a même critiquée. Elle vit depuis toujours avec sa mère, et nous avons vu qu'elle avait un puissant Mode Autocritique. Dans cet extrait d'une séance, Françoise fait un Travail de chaises avec ce Mode Autocritique.

Françoise n'est pas venue à la séance précédente. Elle l'avait annulée par téléphone plusieurs jours à l'avance, car elle voulait participer à une session de formation professionnelle ce jour-là.

Elle arrive en séance déprimée et déçue d'elle-même : « J'aurais mieux fait de venir à la séance précédente, car finalement, je ne suis pas allée à ma formation. Du coup je n'ai eu ni l'une ni l'autre et je m'en veux ».

Thérapeute : Votre partie autocritique est au travail, n'est-ce pas ?

Françoise : Oui, je n'ai pas su me décider.

Thérapeute : Qu'est-ce qui a fait que vous n'êtes pas allée à votre formation non plus ?

Florence : Le jour venu, je me suis dit que j'aurais mieux fait de choisir d'aller à ma séance de thérapie, que j'en avais besoin, et qu'il n'était pas indispensable que je sois présente à cette session de formation, que j'aurais très bien pu me faire ramener les documents de la formation par une collègue. Je m'en suis voulu, j'étais en colère contre moi. Je me suis dit que je n'avais pas su faire le bon choix, que j'aurais pu me débrouiller autrement, que j'allais me priver de ce moment de thérapie qui me fait du bien. Alors je me suis sentie triste, je me suis mise au lit, sans rien pouvoir faire, et j'ai ruminé des idées négatives sur mon incompetence et ma nullité. Je n'ai rien fait de toute l'après-midi et de la soirée, incapable de m'extraire du lit.

Thérapeute : Donc, votre mode Adulte Sain pensait qu'il était bon pour vous de venir à votre séance de thérapie, mais votre mode autocritique s'est mis en colère contre vous, s'est mis à critiquer votre décision erronée, et vous a fait basculer dans votre mode Enfant Vulnérable, c'est bien ça ?

Françoise : Tout à fait, c'est bien comme ça que ça s'est passé, comme souvent d'ailleurs.

▷ Thérapeute : Je comprends bien que vous ayez décidé de favoriser votre formation professionnelle au détriment de votre santé : c'est bien votre Stratégie habituelle d'oubli de soi (Abnégation) qui s'est mise à l'œuvre. En avez-vous conscience ?

Françoise : Certainement, mais je réalise souvent les choses après coup.

Thérapeute : Est-il bien clair pour vous que cette partie autocritique vous fait souffrir ? Je vous propose un exercice en utilisant deux chaises. Sur l'une des chaises, vous allez jouer le rôle de votre partie autocritique en utilisant ses mots et ses idées. Sur l'autre chaise, en face, vous allez jouer la partie qui souffre de cette attitude permanente d'autocritique et qui se sent dépressive et dévalorisée sous cette pression. Votre mode Enfant Vulnérable, donc. Par quelle chaise voulez-vous commencer ?

Françoise : Par la chaise qui souffre de l'autocritique. (Elle s'assied sur la chaise et regarde l'autre fermement et durement.) « Tu veux que je sois organisée et ça ne me correspond pas. Tu ne m'acceptes pas comme je suis. J'ai besoin de liberté. Tu juges sévèrement, *tu n'as pas vécu les mêmes choses que moi*, tu ne peux pas comprendre et d'ailleurs tu ne cherches pas à comprendre. »

Thérapeute : (l'interrompt) Mais... à qui êtes-vous en train de parler ?

Françoise : (elle me regarde, sûre d'elle) À ma mère.

Thérapeute : OK. Voulez-vous que nous appelions l'autre chaise, le mode « Mère Critique » ?

Françoise : Tout à fait.

Thérapeute : Alors continuez, parlez à votre Mère Critique. Vous rendez-vous compte que dans votre langage intérieur, il y a une voix, un mode que nous avons qualifié d'autocritique, qui correspond en fait au fonctionnement critique de votre mère, à ses exigences, ses critiques, à sa façon de se comporter avec vous, et que ce type de fonctionnement fait partie de votre personnalité ?

Françoise : Je m'en rends bien compte, ça devient clair.

Thérapeute : Mais je vous ai interrompue, continuez à parler à votre mère critique.

Françoise : Ton contrôle survient à tout moment sans raison. Tu as un avis sur tout, sans discussion possible. Tu m'as empêchée de m'ouvrir à d'autres choses qu'à ce que tu voulais.

Thérapeute : Comment vous sentez-vous émotionnellement sur cette chaise ?

Françoise : Je suis en colère.

Thérapeute : Au début, vous étiez plutôt abattue, non ?

Françoise : Oui, mais là ça change.

Thérapeute : Alors changez de chaise, je sens que votre Adulte Sain a envie de parler. *Prenez cette troisième chaise pour continuer à parler à votre Mère Critique*, en lui exprimant votre colère.

Françoise : Tu n'as pas été là pour moi quand j'avais besoin de toi. Tu m'as empêchée de penser par moi-même. Tu m'as pourri la vie, je veux que ça s'arrête.

Thérapeute : Mettez-vous debout et répétez ça.

Françoise : Je veux que ça s'arrête.

Thérapeute : Répétez-le en parlant plus fort.



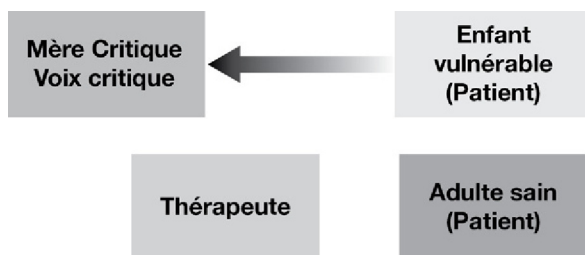


Figure 10.4. Françoise et sa partie autocritique.

- ▷ Françoise : (Debout, d'une voix forte, elle répète.)
 Thérapeute : Redites-le aussi fort, en ajoutant quelque chose.
 Françoise : Je ne te laisserai plus diriger ma vie.
 Thérapeute : Comment vous sentez-vous ?
 Françoise : Ça m'a fait du bien. Il y a quelque chose qui a changé. J'étais fatiguée en arrivant, je me sens forte.
 Thérapeute : Avez-vous envie de faire quelque chose ?
 Françoise : Il est grand temps que ma mère et moi n'habitions plus ensemble.
 Une fois encore, on constate le rôle libérateur de la colère, qui permet à la patiente de se sentir sûre d'elle et de s'affirmer : elle bascule alors dans son Mode Adulte Sain.
 La disposition des chaises pour cet exercice est indiquée à la [figure 10.4](#).
 Lorsque l'exercice commence, on dispose deux chaises. Une chaise est initialement nommée « voix critique » ; puis, après que la patiente a découvert qu'elle parlait à sa mère, la chaise a été renommée « Mère Critique ». Face à cette chaise, on installe la chaise Enfant Vulnérable. La chaise Adulte Sain n'est ajoutée que lorsque le Mode Adulte Sain apparaît dans l'exercice. Le travail à deux chaises débouche donc sur un changement émotionnel. La patiente est arrivée déprimée, dans son mode Enfant Vulnérable, elle repart plus sûre d'elle, dans son Mode Adulte Sain.
 Cette séance a été très importante pour la suite de la thérapie : la patiente ayant pris conscience de l'origine de cette voix pathogène, elle est devenue beaucoup plus compétente pour s'y opposer. Le changement émotionnel, souligné par le thérapeute et le changement de chaise proposé, lui permet d'identifier son Adulte Sain et de répondre de façon affirmée à sa mère critique.

Confronter la voix autocritique : technique de la chaise vide

La chaise vide permet deux types d'interventions : un *travail interne*, sur les différents Modes de la personnalité, ou bien un *travail externe*, vis-à-vis des personnages importants de la vie du patient et qui sont à l'origine de ces Modes (voir le travail d'Alexia contre sa mère, dans le chapitre sur l'Enfant Vulnérable, p. 187).

Dans les cas où les patients ont vécu des expériences d'abus verbaux ou physiques, ils peuvent avoir peur de parler au Mode – ou au personnage – sur l'autre chaise avec colère ou en le confrontant. C'est alors le thérapeute qui va intervenir, jouant le rôle de l'Adulte Sain, faisant ainsi un modeling pour le patient.

- *Premier temps : le thérapeute (Adulte Sain) parle à la partie autocritique.* Le thérapeute demande l'autorisation de parler : il va s'adresser à la voix critique, laquelle est installée sur une chaise qui demeurera vide, et le patient écoutera ce qui est dit. La chaise du thérapeute est installée côte à côte avec celle du patient, et en dehors du champ visuel de celui-ci (voir figure 7.3).
- *Deuxième temps : le patient s'exprime à son tour vis-à-vis de la voix critique,* comme dans la technique précédente.

Techniques cognitives

On peut utiliser ici les techniques cognitives classiques en thérapie cognitive-comportementale (TCC).

L'identification des pensées automatiques permettra d'identifier les moments de la vie quotidienne durant lesquels le patient est en Mode Parent Critique/Punitif.

La *restructuration cognitive* permettra de faire intervenir le Mode Adulte Sain du patient, qui cherchera des alternatives rationnelles et réalistes à ces idées critiques/punitives.

La *recherche des distorsions cognitives* dans ces pensées automatiques montrera souvent des jugements en *tout ou rien* : « Tout est de ma faute, je suis nul, je suis moche et inintéressant ».

La *recherche des arguments pour et contre les thèmes des pensées critiques* : on retrouvera souvent des Schémas d'Idéaux Exigeants, de Punition, de Pessimisme, de Surcontrôle Émotionnel. Les assauts du Parent Critique/Punitif ont pour conséquence d'activer les Schémas du Mode Enfant Vulnérable : Imperfection/Honte, Échec, Dépendance/Incompétence, Manque de Contrôle. Tous ces Schémas devront être confrontés par la recherche des idées contraires : « Quelles sont vos qualités ? Qu'apprécient chez vous vos amis ? Quels sont les moments de votre vie dans lesquels vous avez été fier(ère) de vous ? », etc.

Les fiches mémo (voir p. 184) permettront au patient de prendre du recul par rapport à son Mode Parent Critique/Punitif dans les situations de la vie de tous les jours.

Aborder les problèmes d'attachement

Rappelons que le Mode Parent Critique/Punitif est la conséquence d'une internalisation par identification au(x) parent(s) et qu'il est constitué de deux éléments importants à distinguer (voir chapitre 3, pp. 99-101) :

- un premier élément de l'identification, qui correspond à l'attachement à la figure parentale internalisée. Cet élément est positif, permettant à l'enfant de se construire sur le modèle positif d'un adulte en lequel il a confiance, auquel il est affectivement attaché. Le système de l'attachement est ici à l'œuvre, et il est à respecter. Par ailleurs, cet attachement, qui a permis l'internalisation d'une voix critique/punitive, a permis aussi d'apporter de bonnes valeurs : le sens de l'effort, de l'autonomie, de l'autodiscipline, le respect des règles et d'autrui. Cet aspect positif est important dans la construction du sujet ; il doit être respecté et valorisé ;
- un second élément, dysfonctionnel et néfaste, par ses critiques, ses punitions ou parfois ses abus verbaux ou physiques. C'est cette partie qui doit être traitée en thérapie, afin qu'elle devienne plus empathique et compréhensive vis-à-vis du sujet.

Dans la confrontation au Mode Parent Dysfonctionnel, le patient va ressentir de la colère, et cette colère provoque très souvent de la culpabilité. C'est l'attachement qui est responsable de la *culpabilité* qui apparaît chez le sujet lorsqu'il confronte, accuse, critique, son(ses) parent(s), ou qu'il assiste aux reproches que le thérapeute (lui) leur adresse. C'est également cette culpabilité qui empêche le patient de confronter le parent ou le Mode Parent Dysfonctionnel. Dans ces cas, il est important de faire prendre conscience au sujet de cette dualité du Mode Parent Dysfonctionnel. Il est aussi important de faire prendre conscience que la confrontation et la colère sont dirigées contre des *comportements parentaux et non des personnes en soi*. Il est nécessaire que le thérapeute valide la colère ressentie par le patient parce que *ses besoins affectifs fondamentaux n'ont pas été respectés* : en prenant conscience que cette colère est dirigée contre des comportements et non des personnes, le sujet admet beaucoup plus volontiers qu'il est en droit d'exprimer ce ressenti au travers de ses propos.

Le conflit entre le Mode Parent Dysfonctionnel et le Mode Enfant Vulnérable est central dans la pathologie de la personnalité, et la distinction entre les deux éléments ci-dessus du Parent Dysfonctionnel est importante à faire comprendre au patient. On insistera donc sur l'élimination des comportements néfastes autocritiques, punitifs et abusifs sans chercher à « démolir » la personne du parent en question, lequel peut avoir des qualités humaines et d'attachement qui sont importantes pour la construction de l'individu : la partie positive du Parent internalisé doit être valorisée. Par ailleurs, il faut insister sur le fait que le ou les parents se sont eux-mêmes construits avec leurs propres difficultés existentielles et que leurs comportements critiques/punitifs vis-à-vis de l'enfant sont la conséquence de ce qu'ils ont vécu ; que, de ce fait, ils sont maladroits et que leur attitude est inadaptée même si, dans bien des cas, ils sont mus par une intention de bonne éducation.

Le travail sur le Parent Dysfonctionnel ne vise pas à éliminer toute la représentation parentale chez le patient : il est important d'aborder cette

question dans la thérapie régulièrement. La partie néfaste, c'est la voix critique/punitive, mais l'identification aux parents comporte une partie positive, liée au système d'attachement, qui permet à l'enfant d'intégrer des valeurs et de se construire.

Techniques comportementales

Les fiches mémo, qui comportent une instruction comportementale, sont à ranger notamment dans cette rubrique.

Il faut apprendre au patient à s'occuper de soi, par la prescription d'activités agréables, de repos, de relaxation, de méditation, d'activités sportives et récréatives.

Il faudra l'entraîner à l'affirmation de soi avec les personnages de la vie actuelle.

11 La relation thérapeutique

La relation thérapeutique est toujours au premier plan dans le traitement des troubles de la personnalité. Elle mérite donc qu'un chapitre lui soit consacré. C'est d'elle que dépend l'évolution de la thérapie et son résultat, bon nombre d'aléas thérapeutiques étant dus à des réactions inconscientes, de la part du patient ou du thérapeute : si ces réactions spontanées ne sont pas identifiées, conceptualisées et gérées par le thérapeute, la prise en charge peut s'arrêter net.

Historiquement c'est S. Freud, en 1913 [34], qui a décrit deux éléments dans la relation thérapeutique : l'*alliance thérapeutique*, et la *relation transférentielle*. Dès 1895, dans les *Études sur l'hystérie* [11], Freud abordait l'alliance thérapeutique, en parlant du « besoin d'avoir la collaboration du patient », et il écrit plus tard [33, 34] que l'alliance thérapeutique est faite de « sympathie compréhensive ». La relation transférentielle, elle, est faite de mécanismes inconscients : le transfert et le contre-transfert.

Le terme de sympathie, dont parlait Freud, est décrit par le dictionnaire *Le Robert* comme étant dérivé du latin *sympathia*, ou « fait d'éprouver les mêmes sentiments », et du grec *sympathia*, ou « participation à la souffrance d'autrui ». Ce même dictionnaire définit la sympathie comme un sentiment chaleureux qu'une personne éprouve pour une autre. Ce mot a donc une dimension émotionnelle : ressentir émotionnellement l'autre, en se sentant affectivement proche de lui.

La psychothérapie actuelle a préféré utiliser à la place du terme de sympathie celui d'empathie, dans lequel la dimension émotionnelle est complétée par un niveau cognitif : l'empathie est non seulement la capacité de ressentir l'émotion de l'autre, mais aussi la compétence de se mettre à la place de l'autre pour comprendre ses émotions, ses sentiments et ses pensées.

Neurophysiologie de l'empathie [25]

Il existerait trois éléments dans l'empathie :

- le *partage affectif*, qui est une réponse affective envers autrui, utilisant le système des neurones miroirs et qui met en jeu l'amygdale, l'hippocampe et le cortex orbitofrontal ;
- la *prise de conscience émotionnelle et la compréhension émotionnelle*, qui recouvrent la notion de théorie de l'esprit et qui confèrent au sujet la capacité cognitive d'adopter le point de vue subjectif d'autrui, tout en le distinguant du sien propre. Les circuits à l'œuvre passent par l'insula antérieure et le cortex préfrontal ventromédian ;

- la *régulation émotionnelle*, qui autorise le contrôle de l'émotion, des sentiments et oriente la motivation (cortex préfrontal dorsolatéral et ventromédian, et cortex cingulaire antérieur).

Cette dernière fonction permet d'empêcher la contagion émotionnelle : grâce à elle, il est possible d'éprouver le même état affectif qu'autrui tout en se disant que ce qui lui arrive n'arrive pas à soi-même, alors que la contamination émotionnelle ne permettrait pas de conserver cette distance. Ces trois éléments sont donc importants pour un psychothérapeute : les deux premiers permettent la compréhension empathique du patient, et le troisième permet de rester professionnel, sans s'effondrer en même temps que l'autre dans sa douleur, ce qui serait contre-productif.

L'empathie représente l'élément psychologique central de la relation thérapeutique. Elle nécessite de décoder le comportement verbal et non verbal de l'autre ; elle impose donc une situation de travail en face à face. La régulation émotionnelle nous autorise une distinction entre le soi du thérapeute et la personne du patient, et nous incite à mettre en œuvre un certain nombre de méthodes pour ne pas être émotionnellement contaminé par le patient :

- tout d'abord la mentalisation : « Ce qu'il lui arrive est terrible, mais c'est à lui, et non pas à moi que cela est arrivé » ;
- ensuite, le contrôle émotionnel par le parasympathique : en faisant durer l'expiration, on régule une émotion qui se fait jour en séance ;
- enfin, des « trucs » comportementaux, que chaque thérapeute personnalise, qui permettent de sentir son corps et de mieux ressentir la distance entre soi et l'autre, tel se toucher les deux mains en ressentant la texture de la peau, sa température.

Besoins affectifs fondamentaux et relation thérapeutique

Les besoins affectifs fondamentaux interviennent à trois niveaux dans la relation thérapeutique.

Tout d'abord, les événements relationnels de l'enfance sont susceptibles d'influencer les relations futures de l'individu. En effet, les expériences de vie de l'enfance et de l'adolescence, qui ont pu créer des carences en matière de besoins affectifs, et qui sont à l'origine des Schémas Précoces et des Stratégies Précoces, ont modelé la personnalité du patient. Toutes ses expériences vécues actuelles – et notamment les expériences relationnelles, parmi lesquelles la relation thérapeutique – sont « filtrées » par le mécanisme inconscient des Schémas et des Modes : le patient va réagir en séance comme avec un personnage important de sa vie d'enfant ou d'adolescent. La relation thérapeutique est ainsi un moyen d'exploration des relations interpersonnelles du patient. Les Schémas et les Stratégies vont s'exprimer en séance et permettront au thérapeute de mieux cerner

la personnalité du sujet, et de *préciser la conceptualisation*, comme cela a été vu au chapitre 5.

Ensuite, la personnalité s'est construite sur l'interaction entre les besoins affectifs du sujet et les gens qui l'entouraient. *Pour s'établir, la relation thérapeutique doit, comme toute relation, tenir compte des besoins affectifs*. Le thérapeute doit veiller en tout premier lieu à satisfaire le *besoin d'attachement sécurisé* : par son authenticité, sa chaleur et son empathie, son attitude stable et prévisible, il cherchera à montrer au Mode Enfant Vulnérable qu'il le reconnaît et qu'il peut lui apporter ce dont il a besoin, en matière de stabilité, d'acceptation et de soutien. Il veillera également à renforcer le *sentiment de compétence et d'autonomie* de son patient. Celui-ci a besoin, en effet, de percevoir qu'il est capable de comprendre ses problèmes et les possibilités d'y remédier, de se sentir efficace pour parvenir à résoudre ses difficultés : le renforcement positif du thérapeute vis-à-vis des qualités – constatées – qui serviront au changement thérapeutique permet de structurer chez le patient un Schéma de compétence et d'autonomie.

Enfin, la relation thérapeutique permet des expériences relationnelles nouvelles, qui modifient et corrigent les expériences toxiques du passé : elle peut être un élément thérapeutique ; c'est ce que l'on nomme *reparentage limité* du patient.

Alliance thérapeutique

- *Qui es-tu, dit le petit prince. Tu es bien joli...*
 - *Je suis un renard, dit le renard.*
 - *Viens jouer avec moi, lui proposa le petit prince. Je suis tellement triste...*
 - *Je ne puis pas jouer avec toi, dit le renard, je ne suis pas apprivoisé.*
 - ...
 - *Qu'est-ce que signifie « apprivoiser » ?*
 - *C'est une chose trop oubliée, dit le renard. Ça signifie « créer des liens ».*
- A. de Saint-Exupéry, *Le petit prince*.

L'alliance thérapeutique, comme l'écrivait initialement Freud, a pour but d'établir un rapport de collaboration entre le thérapeute et le patient. Cet aspect a été très développé par Carl Rogers et il est d'utilisation courante en thérapie cognitivo-comportementale classique. Il ne sera donc rappelé que sommairement ici, en se référant au livre de C. Cungi sur ce sujet, *L'alliance thérapeutique* [19]. Le thérapeute et le patient vont s'allier pour travailler ensemble à résoudre un problème. Cela signifie que le ou les problèmes doivent être très précisément énoncés. Il est ainsi important, dès le premier entretien, que le thérapeute et le patient travaillent à :

- identifier la commande : qui a demandé cette prise en charge psychothérapeutique (car ce ne sera pas toujours le patient lui-même) et pour quels problèmes ?
- identifier la demande : quel problème le patient veut-il traiter ?

La commande et la demande sont souvent différentes. Ce qui doit être pris en compte, pour créer l'alliance entre le thérapeute et le patient, c'est la demande du patient.

La demande et donc les problèmes à traiter étant clairement identifiés, le patient et le thérapeute peuvent se pencher sur l'objectif de la thérapie en l'abordant comme deux personnes travaillant d'égal à égal : le patient est le meilleur connaisseur de ses difficultés, et le thérapeute le meilleur connaisseur des possibilités d'y remédier (figure 11.1, d'après C. Cungi [19]).

Comme il est impossible de travailler sans bien se connaître, il est indispensable qu'un *apprivoisement* (A. de Saint-Exupéry) se mette en place, c'est-à-dire la création d'un lien d'attachement sécurisé au sens de la théorie de l'attachement. Pour Carl Rogers, l'alliance thérapeutique se doit d'être :

- sympathique : le thérapeute ne fera du bon travail avec le patient que s'il est capable de se sentir affectivement proche de ce dernier ;
- empathique : le thérapeute doit se sentir capable de comprendre le patient, ses difficultés, et d'avoir envie de se centrer sur la réalité qu'il lui expose pour l'explorer ;
- authentique : le thérapeute doit se sentir à l'aise dans la relation avec son patient ; c'est-à-dire avec la réalité qu'il lui expose dans tout ce qu'elle peut avoir de difficultés, de ressenti douloureux et parfois d'horreur. Il doit également se sentir à l'aise avec ses propres pensées, émotions et sentiments, même si le récit du patient provoque des émotions très négatives chez le thérapeute ;

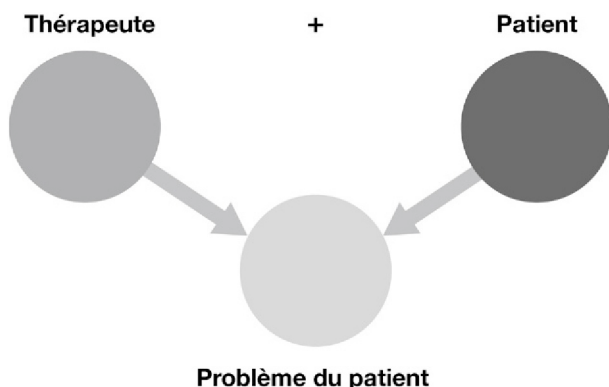


Figure 11.1. L'alliance thérapeutique.

D'après C. Cungi, *l'alliance thérapeutique*, Paris, Retz, 2006, p. 19.

- professionnelle : le thérapeute est une personne qui a acquis des compétences validées par l'état actuel des connaissances techniques ; il a appris des compétences relationnelles et il doit connaître ses propres limites, au-delà desquelles il fera appel à un autre collègue plus compétent dans le domaine concerné.

Techniques d'entretien pour l'alliance thérapeutique [19]

Écoute active

Le thérapeute se comporte comme un *récepteur* qui laisse parler l'émetteur : le patient) en l'écoutant de façon attentive. L'émetteur (patient) est une « boîte noire » : le thérapeute ne cherche pas à en deviner les pensées et émotions, mais à les faire exprimer par le questionnement socratique. Puis il reformule les propos du patient, sans émettre son opinion personnelle, restant ainsi toujours dans le rôle du récepteur.

Questionnement socratique

Cela permet de parvenir à se forger une compréhension des représentations du patient sur lui-même, son environnement et son problème par des questions ouvertes qui n'induisent pas une réponse unique :

- « Pouvez-vous préciser ? »
- « Qu'est-ce que cela signifie pour vous ? »
- « Quelles conséquences craignez-vous ? »
- « Est-ce la seule façon possible de voir les choses ? »
- « Il est possible que vous ayez raison : quels sont les arguments en faveur de votre hypothèse ? »
- « Y a-t-il des arguments en faveur du contraire ? »

Le questionnement socratique, telle une lampe de poche, cherche à explorer. On peut ainsi vérifier des zones obscures. Comme dans l'exemple de Didier au chapitre 5 : « Supposons que vous soyez très riche. Que craindriez-vous alors si vous ne faisiez pas votre rituel de vérification de la porte d'entrée ? » (On élimine ainsi une explication-prétexte pour découvrir une véritable explication.) « Je craindrais qu'on me vole des objets auxquels je tiens affectivement, qui sont stables à mes côtés depuis longtemps ».

Reformuler

Reformuler consiste à répéter les propos du patient (soit en utilisant les mots du patient, soit en demandant de préciser, soit en émettant une hypothèse personnelle destinée à être confirmée ou infirmée), dans le but de vérifier la bonne compréhension des problèmes exposés, et de montrer l'intérêt du thérapeute pour les problèmes du patient.

Recontextualiser

Recontextualiser est une technique de base en thérapie cognitivo-comportementale. Chaque fois que le patient parle de ses difficultés, le thérapeute demande des exemples de situations concrètes dans lesquelles le problème s'est manifesté, afin de connecter le patient sur le contexte de son problème en l'en faisant bien prendre conscience, au lieu de rester dans l'attitude du Protecteur Détaché qui évite de penser et sentir ses difficultés. Les questions généralement utilisées dans ce but sont du style :

- Quel est le problème le plus important ?
- Quand ce problème a-t-il été le pire ?
- Donnez-moi un exemple précis. Où, quand, avec qui, que s'est-il passé ?

Une bonne recontextualisation a deux buts : concentrer l'attention du patient sur sa réalité, alors qu'il a souvent tendance à l'éviter, et permettre au thérapeute de développer de l'empathie.

Elle ne permettra l'exploration du problème que lorsque l'alliance thérapeutique sera suffisamment sécurisée : explorer trop précipitamment développe la résistance du patient (voir plus loin l'exemple de Lucien).

Résumer

Faire fréquemment de petits résumés de synthèse permet de :

- préciser un thème, avant un changement de sujet ;
- recontextualiser ;
- vérifier la compréhension ;
- faire ressentir au patient qu'il est écouté et compris ;
- en fin de séance, de faire une synthèse de la séance pour envisager la suivante.

Renforcer

Renforcer consiste à donner de l'importance à un élément. Le thérapeute peut renforcer :

- la réalité du problème ;
- les difficultés que rencontre le patient ;
- des qualités chez le patient : « Vous avez une bonne connaissance de vos problèmes » ;
- des comportements : « Vous avez eu la bonne attitude ».

On renforce le Schéma de compétence du patient, autrement dit son Mode Adulte Sain.

Exemple de renforcement de compétence – Martial

Martial, 48 ans, a un Schéma de Manque d'autocontrôle. Il a de nombreuses relations sentimentales en parallèle. Venant de découvrir que sa compagne régulière le trompait, il a fait chez elle une scène très violente, au cours de laquelle il a défoncé une porte et brisé des objets dont la table du salon, si bien que la compagne a appelé son amant. Les deux hommes se sont bagarrés ▶

- ▷ violemment et Martial est sorti vaincu de cette lutte. Depuis, il pense de façon incessante à tuer son rival. Le soir de l'agression, il est allé l'attendre à la sortie d'un bar et l'a vu sur le trottoir. Il a alors ressenti de la peur. Interrogé sur ses pensées automatiques dans cet instant, Martial a exprimé qu'il n'avait pas peur d'une nouvelle défaite ; en fait, il avait peur de perdre le contrôle de ses actes et de tuer cet homme : « Si j'avais eu une arme à feu, l'aurais-je tué ? Je ne me serais jamais pardonné un tel acte, je me serais supprimé à mon tour ». Martial a alors décidé de rentrer chez lui. J'ai renforcé la capacité qu'il avait eu d'explorer ses pensées, de tenir compte des conséquences de l'acte qu'il avait prémédité et de réfréner son envie d'une nouvelle agression sur son adversaire du matin. Le patient s'est senti soulagé par mes remarques, avec un apaisement immédiat de son attitude agitée en séance. Enfin il percevait qu'il était capable de quelque chose de bien.
-

Révélation de soi

Plutôt que de se cantonner dans une « neutralité bienveillante » (donc de jouer le rôle du Protecteur Détaché), le thérapeute communique au patient ses propres émotions, sentiments, pensées, de façon authentique, si cela peut aider à l'empathie et au renforcement (« À votre place, je crois que je me serais également senti en difficulté... »).

Observation du comportement non verbal

Cette observation cherche à identifier les émotions du patient, afin de pouvoir les aborder dans la discussion : regard, expression faciale, posture du corps, gestes, débit de parole, intensité, etc.

« Quel est votre état émotionnel, actuellement ? » « Vous me paraissez en colère : est-ce bien le cas ? » « Pouvez-vous parcourir mentalement votre corps en fermant les yeux et me dire où vous ressentez quelque chose ? »

Une fois un état émotionnel identifié par le patient, on passe à l'exploration des pensées automatiques : « Pouvez-vous m'expliquer les pensées qui vous viennent à l'esprit en ce moment, alors que vous ressentez cette émotion ? »

Gérer la résistance

1. Analyser les composantes de la résistance : émotions (comportement non verbal), pensées : « J'ai l'impression que vous êtes contrarié : quelles sont les pensées qui vous viennent actuellement à l'esprit ? »

Chercher à identifier le Schéma, la Stratégie en cause (Schéma de Méfiance → comportement de retrait dans la discussion, etc.).

2. Confrontation empathique : quels sont les objectifs thérapeutiques (Adulte Sain) ? Avantages et inconvénients à résister ? (Travail de chaises : chaise 1 = Adulte Sain ; chaise 2 = Partie qui résiste au changement).

3. Traiter chaque état émotionnel (Mode) qui s'oppose au changement : Enfant Vulnérable qui a peur de l'échec, Protecteur Détaché qui veut éviter une déloyauté envers ses parents, etc.

Alliance thérapeutique et besoins affectifs fondamentaux

Idéalement, le patient est amené à exprimer que :

- le thérapeute a bien compris son problème (besoin d'attachement) ;
- il voit un peu plus clair dans ses difficultés (besoin de compétence) ;
- il perçoit des possibilités de changement (besoin de compétence).

Relation thérapeutique inconsciente

Parallèlement à la mise en place de l'alliance thérapeutique, des phénomènes inconscients sont à l'œuvre chez le patient (le transfert de Freud) et aussi chez le thérapeute (contre-transfert), si bien que ce dernier doit en être averti et savoir les reconnaître pour que le travail thérapeutique s'y intéresse également. En termes de thérapie des Schémas, le transfert est représenté par l'activation de Schémas et de Stratégies Précoces chez le patient, et le contre-transfert correspond à l'activation de Schémas et de Stratégies Précoces chez le thérapeute. L'étude de la relation thérapeutique inconsciente permet donc d'objectiver les Schémas et les Stratégies, pour le patient et pour le thérapeute (figure 11.2).

Avec les notions de thérapie des Schémas, cette relation inconsciente qui existe dans la relation thérapeutique est conceptualisée en termes de Schémas Précoces et de Stratégies Précoces. L'événement déclencheur dans la relation thérapeutique peut être exploré comme tout autre situation et donner lieu à une conceptualisation partagée avec le patient (figures 11.3, 11.4 et 11.5).

La figure 11.3 représente un Schéma qui s'est activé chez le patient (par exemple Schéma d'Imperfection) et sa tendance à agir (Stratégie) par l'évitement par exemple (ne progresse pas dans la thérapie). Face à

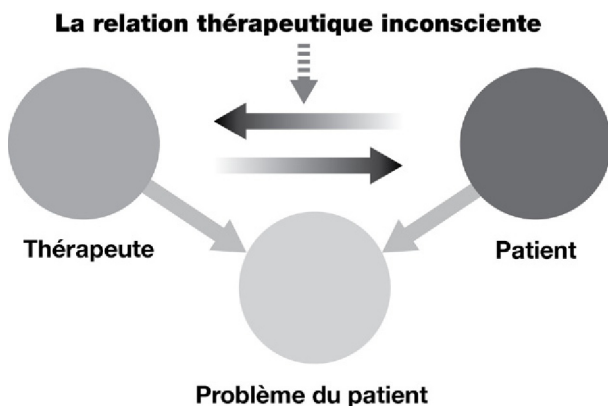


Figure 11.2. La relation thérapeutique inconsciente.

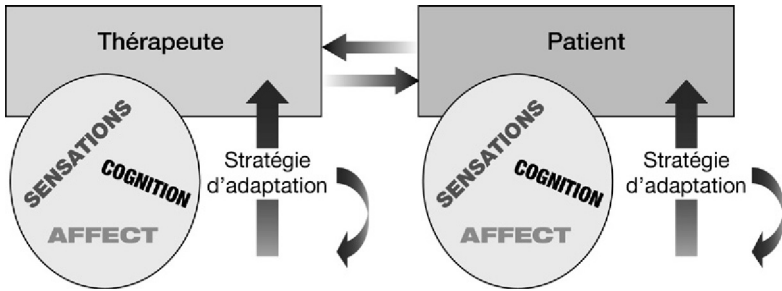


Figure 11.3. La relation thérapeutique – 1.

lui, le thérapeute qui pourrait avoir un Schéma d'Idéaux Exigeants, et qui veut obtenir des résultats dans son traitement, peut, par exemple, avoir tendance à se mettre en colère et faire des reproches au patient, lesquels seront contre-productifs. Les flèches sur cette figure signifient le côté renforçateur des Stratégies (voir « Maintien des Schémas », au chapitre 2, p. XX). Les reproches du thérapeute ne feront qu'activer davantage l'imperfection chez le patient, qui évitera... jusqu'au point de ne plus venir.

Au cours des séances, le patient tient des propos et manifeste des comportements qui peuvent être la conséquence directe et inconsciente de l'interaction avec son thérapeute. Le thérapeute se doit donc d'explorer l'interaction elle-même entre lui et son patient. Il détermine, comme nous l'avons vu au chapitre 5, les Schémas et Stratégies Précoces du patient. Mais il se doit de surveiller également son ressenti et ses attitudes personnelles et de les mettre en parallèle avec la connaissance qu'il a de lui-même, de ses propres Schémas et Stratégies Précoces. La particularité de la relation thérapeutique est que le thérapeute doit lui-même, au préalable, avoir déterminé par un travail personnel en supervision ses propres Schémas et Stratégies Précoces (voir plus loin). En observant son ressenti et sa tendance à réagir en séance, il prend conscience de ce qui tend à s'activer dans ses Schémas et Stratégies personnels, et évite ainsi d'envoyer la relation – et donc toute la thérapie – vers un point de non-retour qui conduirait à l'arrêt intempestif de la thérapie.

Il est donc important que le thérapeute ait en tête l'interaction en la modélisant selon le diagramme habituel de conceptualisation : la relation thérapeutique étant faite de l'interaction entre deux personnages, il faut donc analyser conjointement ce qui se passe des deux côtés, chez le patient et chez le thérapeute (figures 11.4 et 11.5).

La relation thérapeutique inconsciente doit être étudiée selon trois directions qui seront développées dans les paragraphes qui suivent :

- ce qui se passe chez le patient au cours de la relation thérapeutique (le transfert de Freud), autrement dit les Schémas et Stratégies Précoces du patient ;

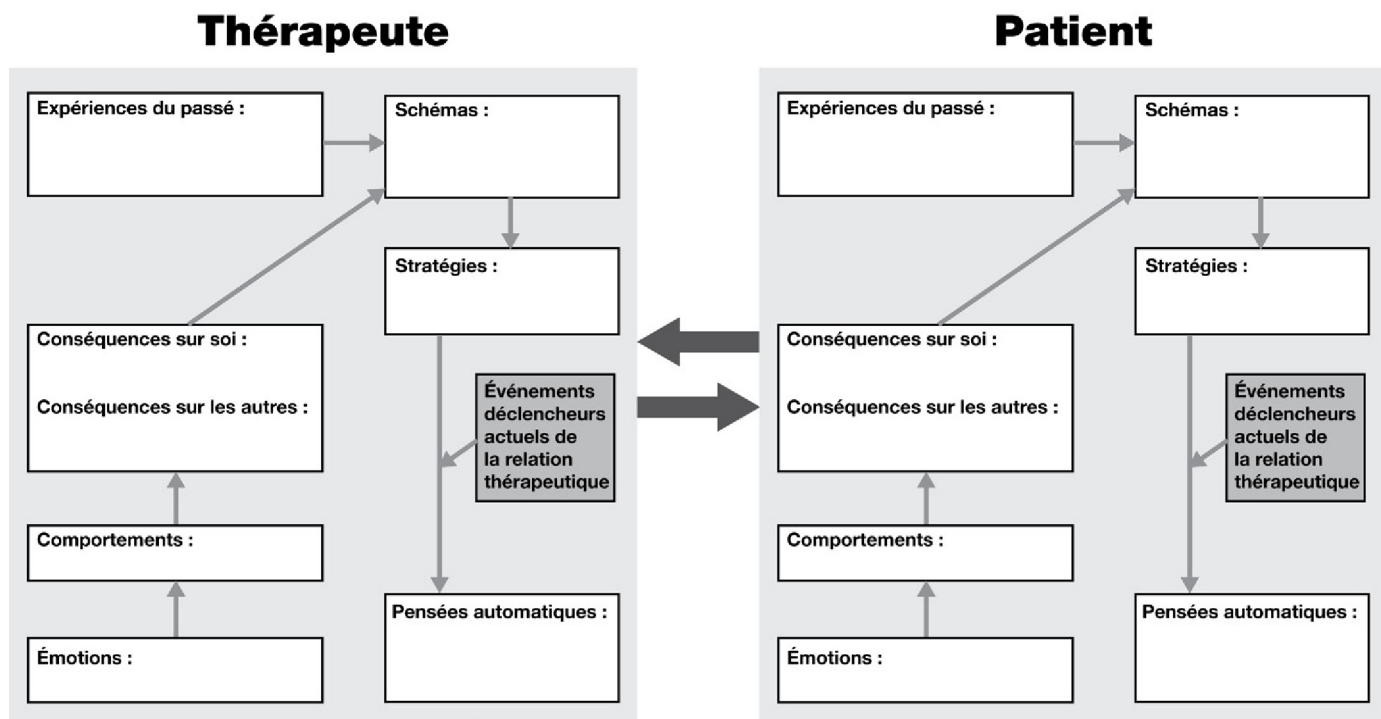


Figure 11.4. La relation thérapeutique – 2.

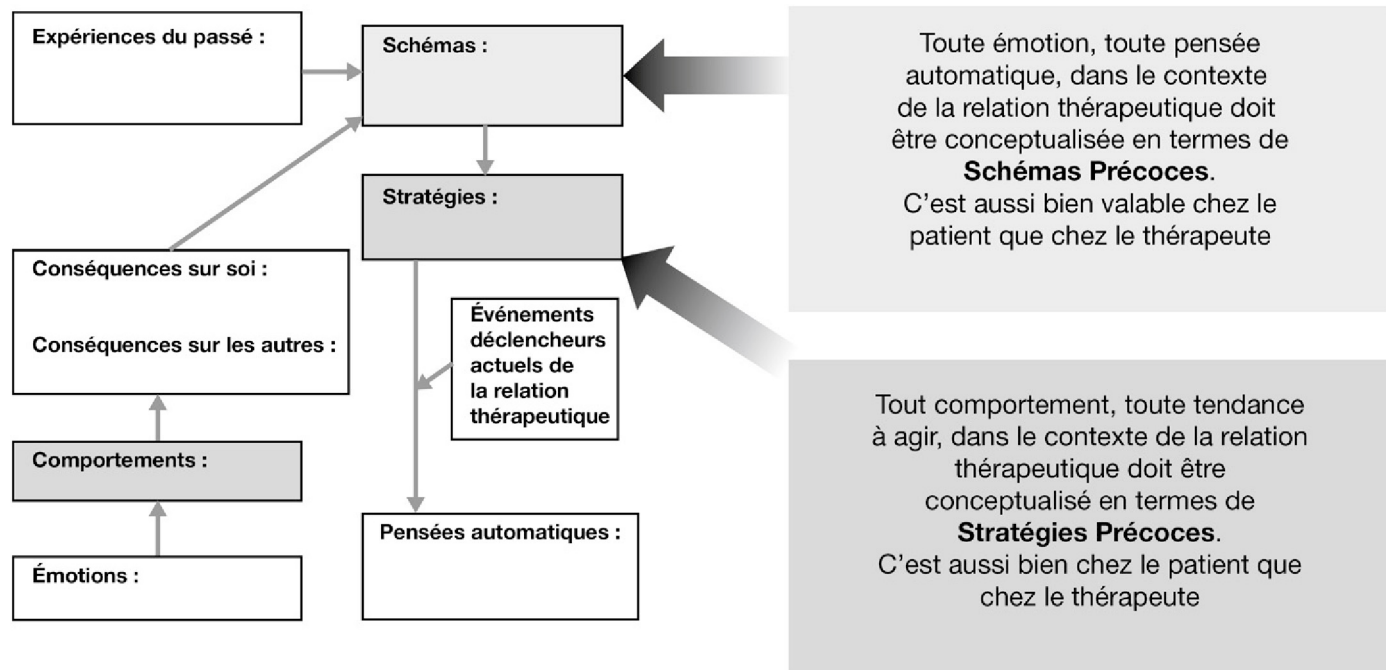


Figure 11.5. La relation thérapeutique – 3.

- ce qui se passe chez le thérapeute (le contre-transfert de Freud), autrement dit les Schémas et Stratégies Précoces du thérapeute ;
- comment la relation thérapeutique peut être utilisée par le thérapeute pour modifier les Schémas et Stratégies chez le patient.

Analyse des Schémas et Stratégies du patient dans la relation thérapeutique

Lorsque le patient manifeste une émotion en séance, ou lorsque son comportement change de façon inopinée, le thérapeute, qui observe, peut supposer qu'un Mode (et donc un ou des Schémas) s'est activé, et a créé une distorsion chez le patient. La situation vécue n'est plus appréhendée de façon rationnelle par ce dernier ; elle est comme soumise à un filtre que constitue le Mode et qui modifie chez le patient la perception de ce qu'il vit en séance. Il réagit à son thérapeute comme s'il s'agissait d'un personnage important de son passé.

Le thérapeute en discute ouvertement avec lui : que ressentez-vous émotionnellement en ce moment-même ? Quelles sont les pensées qui vous traversent l'esprit ? Et il fera l'analyse de la situation, en l'intégrant dans la conceptualisation du cas. Cette analyse et la conceptualisation seront discutées avec le patient : quel est le Schéma, quel a été l'événement activateur, quelle a été la Stratégie d'adaptation du patient ? Le thérapeute met en relation l'événement activateur de la séance et les événements activateurs de la vie quotidienne de son patient. L'interaction avec le thérapeute constitue un laboratoire d'études des relations interpersonnelles du sujet.

Exemples de distorsions dans la relation thérapeutique

Exemple 1

Lucien (voir p. 50) vient à sa première séance. Il a un long passé de thérapie psychanalytique classique. Mon questionnement socratique provoque au bout d'une demi-heure un changement d'attitude : son corps se replie sur la chaise, il croise les bras sur son thorax, je perds le contact de son regard, il devient mutique. Je décris mon observation au patient en lui exprimant que je ne le sens pas à l'aise et que j'ai l'impression qu'il ressent de la méfiance. Il me répond alors : « Oui, c'est comme un interrogatoire de police... » J'ai alors proposé un résumé pédagogique sur les bases de la thérapie cognitive et les méthodes utilisées (exploration par recontextualisation, émotions, pensées automatiques). Cette discussion a transformé le comportement du patient, qui s'est « rouvert » et a repris son dialogue avec moi. L'exploration de ses pensées automatiques révélera qu'il se sentait agressé par les questions ouvertes du thérapeute. Il avait des Schémas d'Abandon, d'Imperfection et de Méfiance (trouble de personnalité paranoïaque de type sensitif) et se sentait agressé par les questions ouvertes du thérapeute. L'analyse a permis



- ▷ de centrer le patient sur ses Schémas, ses Stratégies, et de faire de l'image-rie pour le mettre en lien avec son vécu antérieur, ce qui a permis une très forte adhésion à la prise en charge thérapeutique. Il a ressenti et réagi en séance comme lorsque sa mère, elle-même méfiante, très contrôlante, interagissait avec lui dans son enfance.

Exemple 2 – « Le portail »

Antoine, 25 ans, personnalité évitante, est en retard de 10 minutes pour sa séance et m'appelle au téléphone, très hésitant : « Je ne sais pas si je peux venir, j'ai trouvé le portail fermé, je suis en train de retourner à ma voiture. » Antoine attendait depuis 10 minutes devant le portail. Je vais l'accueillir, lui montrant que la serrure n'était pas verrouillée et qu'il pouvait aisément entrer. Antoine répond qu'il s'était bien rendu compte qu'il aurait pu entrer, que le portail n'était pas fermé à clé ; mais qu'il est habituellement grand ouvert et qu'il a pensé que je ne souhaitais plus le voir, que j'en avais assez de son manque de progrès dans sa thérapie. Ce portail fermé (non verrouillé) avait activé chez le patient son Mode Enfant Vulnérable (Schémas d'Abandon et d'Imperfection) et il a répondu par sa Stratégie habituelle d'évitement. Heureusement que la relation était bonne et qu'il a finalement senti le besoin, au bout de 10 minutes, de m'appeler au téléphone pour en discuter.

Exemple 3

Édith, dont nous avons déjà parlé (voir p. 38, 50 et chapitre 3), est très en retard à sa deuxième séance. Chez cette borderline particulièrement fragile, je juge utile (Stratégie d'Abnégation, sans doute excessive dans ce contexte !) de la joindre sur son portable pour l'aider à venir, supposant qu'elle est en retard parce qu'elle se sent mauvaise, et parce qu'elle a peur d'être rejetée. Je tombe sur son répondeur vocal. D'une voix très calme et douce, je lui exprime que je comprends que ce puisse être difficile pour elle de venir à sa séance, mais qu'il est néanmoins important qu'elle puisse venir afin que nous travaillions : « C'est très important que vous veniez, que nous nous voyions, je vous attends ». La patiente arrive finalement, retardée par un transport en commun. À la fin de ce qui restait de la séance, je lui explique qu'elle trouvera un message sur son répondeur. Elle me rappelle une demi-heure plus tard, très en colère : « Vous me dites de me bouger, vous croyez que je fais quoi, je savais bien que je ne suis qu'une merde et que je finirais par vous saouler ». La patiente compense par de la colère à ses Schémas d'Imperfection et d'Abandon qui se sont trouvés activés par le message (elle s'attendait à être réprimandée pour son retard) et ont généré une distorsion dans l'écoute. J'ai expliqué que ce n'était pas l'intention du message, et que le contenu des propos n'était pas celui qu'elle croyait avoir entendu. Je proposai qu'elle réécoute plusieurs fois le message. Elle me rappela 2 heures plus tard pour se confondre en excuses ; elle avait réellement cru que je la traitais agressivement. Ce message du thérapeute avait activé son Mode Enfant en Colère.

Exemple 4

Toujours avec Édith, après une explication sur un thème abordé en séance. Je cherche à savoir si j'ai bien exprimé ma pensée, en utilisant la question suivante : « Vous voyez ce que je veux dire ? » Édith réagit en se mettant en colère, tapant sur la table : « Ça va, ça va, je suis pas conne ! » Interrogée sur les pensées qui lui avaient traversé l'esprit lors de ce mouvement de colère, la patiente a rapporté des pensées automatiques du style : « Il ne m'apprécie pas » (ce qui correspond à un Schéma de Manque Affectif) ; « il considère que je suis idiote » (Schéma d'Imperfection). En bref, ma question avait activé le Mode Enfant en Colère d'Édith et provoqué de la frustration.

Exemple 5

Au cours d'un exercice de méditation de pleine conscience avec un patient, je propose d'explorer en pleine conscience l'environnement. « Je vous propose de porter toute votre attention aux objets disposés sur cette table (une bougie et un bâtonnet d'encens allumés), en vous intéressant uniquement à ce que votre vision et votre odorat vous transmettent ». Réponse du patient, fronçant les sourcils et se plongeant dans une concentration intense : « Je ne sais pas si je vais savoir faire ». Ce patient a un Schéma d'Échec activé par l'expérience proposée.

Exploration en imagerie : recherche d'un lien émotionnel avec le passé

À partir de toutes ces situations d'interactions relationnelles activatrices d'émotions chez les patients, il y a lieu d'explorer le lien inconscient avec le passé infantile. La encore, c'est la technique d'imagerie qui aidera à créer le pont émotionnel, et à faire ressentir au patient que ce qu'il vit ici et maintenant est en fait provoqué par une résurgence de son passé ancien.

Exemple

Marion, 25 ans, étudiante, consulte pour des troubles du sommeil. Elle présente également une anxiété de performance, mais sa demande de soins porte uniquement sur son sommeil de mauvaise qualité. On décide d'aborder par des séances d'EMDR le ressenti émotionnel qui l'empêche de trouver le sommeil, et qui fait qu'elle se réveille très facilement : elle ressent beaucoup de tension, d'agitation, une oppression thoracique. Elle a bien compris le protocole des séances d'EMDR, au cours duquel je l'incite à bien ressentir son corps en s'imaginant dans son lit. Après chaque set de stimulations bilatérales alternées, je demande « ce qui est là », puis continue les stimulations. Comme le prévoit le protocole, et comme elle le sait et l'a parfaitement compris, je lui laisse peu le temps de parler, l'EMDR étant une technique émotionnelle. Une première séance se déroule bien et la patiente déclare mieux dormir déjà. Puis deux autres séances finissent mal, la patiente étant tendue. On décide de consacrer une séance à ce ressenti. Au cours de cette séance, Marion explique qu'elle trouve ces séances très frustrantes ►

- ▷ et qu'elle s'est sentie très en colère après chacune, mais elle ne parvient pas à dire pourquoi. Je propose un exercice d'imagerie exploratoire à partir de cette émotion décrite. Elle retrouve alors des images de son passé à avec son père. « Comme avec mon père, je ne me sens pas écoutée et on m'impose de me taire. » Cette expérience a permis d'orienter la thérapie différemment. Marion a pris conscience que sa difficulté à lâcher prise, son besoin de toujours se contrôler, sa peur de perdre le contrôle au cours du sommeil étaient en lien avec l'attitude autoritaire, exigeante et non attentionnée de son père pour qui elle ne faisait jamais rien suffisamment bien. Son Mode Enfant Vulnérable avait été déclenché par le protocole de l'EMDR : elle a ressenti de la peine et de la colère. La suite de la thérapie a pris une tout autre tournure et on ne s'est plus du tout focalisé sur le problème initialement présenté qui était l'insomnie.

Détermination des besoins affectifs fondamentaux insatisfaits chez le patient

En fonction des Schémas centraux identifiés par les différentes techniques cognitives, émotionnelles et interpersonnelles, le thérapeute détermine quels sont les besoins affectifs fondamentaux qui sont demeurés insatisfaits chez le patient :

- sécurité dans l'attachement (stabilité, acceptation, soutien) ;
- autonomie, compétence, sens de l'identité ;
- expression spontanée des besoins et émotions ;
- limites et autocontrôle.

La relation thérapeutique servira d'expérience émotionnelle correctrice dans le but de combler en partie ces besoins. Le thérapeute doit donc être en mesure, selon le cas :

- d'établir un lien d'attachement sécurisé : fournir de la stabilité, en se montrant prévisible et soutenant ;
- d'encourager l'autonomie et de renforcer les compétences : exploration de l'environnement et des relations sociales ;
- d'inciter à la spontanéité ;
- d'être ferme pour fixer des limites et apprendre l'autocontrôle.

Schémas et Stratégies du thérapeute dans la relation thérapeutique

Comme tout individu, le thérapeute peut avoir des Schémas, les ressentir en séance, et avoir tendance à se laisser aller à des comportements commandés inconsciemment par ses Stratégies. En particulier, dans la relation thérapeutique, le comportement du patient peut activer les Schémas et les Stratégies Précoces du thérapeute : c'est le contre-transfert de Freud. Le thérapeute doit donc explorer ses propres réactions en séance :

- Se sent-il authentiquement attentionné envers le patient ? Si non, pourquoi ?

- Quelles émotions, quelles cognitions le patient et ses comportements activent-ils chez lui ? (Exploration de ses Schémas.)
- Quels comportements se sent-il tenté d'adopter ? (Exploration de ses Stratégies.)
- Se sent-il capable de gérer des émotions fortes chez ce patient ? (Peur, colère, souffrance.)
- Se sent-il capable de lui fournir le reparentage dont il a besoin ?

Les Schémas et les Stratégies du thérapeute peuvent avoir un impact négatif sur la relation, si celui-ci ne connaît pas par avance sa personnalité, ses Schémas et Stratégies.

Quelques exemples sont donnés ci-après.

- Une Stratégie fréquemment rencontrée chez la plupart des psychothérapeutes, c'est l'*Abnégation*. Cette tendance à agir chez le thérapeute peut être contre-productive dans la relation thérapeutique, notamment chez un patient qui a un Schéma d'Incompétence/Dépendance : le thérapeute cherche tellement à l'aider qu'il trouve des solutions à sa place et contribue ainsi à maintenir le Schéma du patient.
- Le perfectionnisme chez le thérapeute est une autre Stratégie (*Idéaux Exigeants*) contre-productive si elle n'est pas gérée : face à un patient qui a un Schéma d'Échec ou d'Incompétence, le besoin de résultats positifs du thérapeute dans la thérapie risque de faire échouer le traitement, de mettre le praticien en colère contre son patient.
- Les Stratégies d'*Évitement* du thérapeute sont également contre-productives : le thérapeute activera son Mode Protecteur Détaché, il n'osera pas confronter le patient dans ses attitudes dysfonctionnelles, ou bien ne saura pas gérer les émotions négatives fortes chez le patient.
- Un thérapeute ayant une Stratégie d'*Assujettissement* non traitée pourra laisser un patient ayant des Schémas de Manque de Contrôle ou de Droits Personnels Exagérés conduire la thérapie à sa façon, ce qui activera l'irrespect du patient face à son thérapeute et anéantira la thérapie.
- Une *identification forte* peut se manifester lors de la rencontre des Schémas du patient et du thérapeute. Des expériences vécues semblables chez le patient et le thérapeute peuvent déclencher chez le thérapeute un excès d'empathie, avec contamination émotionnelle, et le praticien deviendra incapable de traiter son patient avec le recul affectif nécessaire.

Le thérapeute doit donc identifier ses Schémas et Stratégies dysfonctionnels grâce à :

- l'imagerie exploratoire (voir l'exercice proposé ci-dessous) ;
- des dialogues entre le côté Adulte Sain et le côté du Schéma ;
- la supervision par des collègues psychothérapeutes ;
- la recherche de solution alternative à ses Stratégies dysfonctionnelles.

Éventuellement, le thérapeute devra adresser son patient à un autre thérapeute si ses capacités personnelles sont dépassées, notamment dans les cas d'identification forte.

Exercice à réaliser avec l'aide d'un collègue psychothérapeute : imagerie pour identifier les Schémas et Stratégies du thérapeute

Cet exercice est une méthode destinée à rechercher les Schémas et Stratégies du thérapeute, afin qu'il les ait en tête lors des séances de thérapie avec ses patients. L'exercice se fait en binôme : un des partenaires jouera le thérapeute supervisé et l'autre sera le superviseur.

- *Instructions pour le thérapeute supervisé* : remémorez-vous une séance difficile émotionnellement avec un patient. Cherchez à retrouver ce qui a conduit à la difficulté en séance, ainsi que les détails de l'interaction avec ce patient.
- *Instructions pour le superviseur* :
 - Demander au thérapeute de fermer les yeux et de créer une image d'un moment qui lui a été pénible au cours d'une séance avec le patient.
 - Demander de décrire ce qui se produit dans cette image. Conduire un dialogue entre le patient difficile et le thérapeute aussi fidèle que possible par rapport aux souvenirs du thérapeute. Qu'est-ce que le patient et le thérapeute se disent réellement, dans cette séance ?
 - Demander au thérapeute ce qu'il ressent et pense au cours de la séance avec ce patient. Comment réagit-il ? Qu'aimerait-il dire au patient ? Pourquoi se sent-il bloqué pour lui répondre de cette façon ?
 - *Imagerie diagnostique*. Demander ensuite au thérapeute de chercher une image de son enfance (ou de son adolescence) d'une situation pénible dans laquelle il a ressenti quelque chose de similaire à son ressenti de cette séance avec le patient.
 - Demander : Quel âge avez-vous dans cette situation ? Que voyez-vous dans cette image ? Où vous trouvez-vous ? Que se produit-il dans cette image qui vous perturbe ? Que ressentez-vous dans cette situation ? Quelles sont les pensées qui vous traversent l'esprit ? Que dites-vous ou que faites-vous dans cette image ? Qu'aimeriez-vous dire ou faire ?
 - *Besoins affectifs fondamentaux et reparentage de l'enfant vulnérable*. Demander au supervisé l'autorisation d'entrer dans cette image. Le superviseur y jouera le rôle de l'« Adulte Sain ». Il aura pour mission de reparenter l'Enfant Vulnérable : il lui parlera et/ou interviendra auprès de son parent, dans le but de satisfaire ses besoins affectifs fondamentaux (sécurité, attention, valorisation, affection, etc.)
 - *Aide au thérapeute dans sa séance difficile*. Demander au supervisé de revenir à l'image de la séance avec son patient difficile (celle du début de l'exercice). Entrer dans cette nouvelle image en tant qu'Adulte Sain qui s'occupera du *thérapeute Enfant Vulnérable* confronté à son *patient difficile*.
 - En tant qu'Adulte Sain, le superviseur entre en empathie avec le *thérapeute Enfant Vulnérable* ; il le soutient, le protège. Puis il répond d'une façon constructive avec le *patient difficile*. Comment le patient réagit-il ? Poursuivre jusqu'à la résolution du conflit ou de l'obstacle.

- Demander au thérapeute d'ouvrir les yeux. Discuter avec lui des Schémas et des Stratégies qui ont été activés durant la séance avec le patient, ainsi que dans l'image d'enfance liée.
- Aborder une façon de gérer, au cours de séances ultérieures, d'autres clients difficiles qui déclencheraient des réactions identiques.
- Demander au thérapeute son feedback sur l'intervention de son superviseur.

La relation thérapeutique en tant qu'outil thérapeutique

Confrontation empathique

L'attitude empathique est celle que le thérapeute utilise dès la première séance : il cherche à montrer à l'Enfant Vulnérable qu'il le reconnaît, qu'il le comprend et le soutient dans son ressenti et dans ce qu'il a vécu au cours de ses jeunes années. Il lui exprime également sa compréhension pour les attitudes (Stratégies Précoces) qu'il a mises en place au cours de son enfance pour chercher à s'adapter à son environnement et pour chercher à réduire le poids émotionnel de ses Schémas Précoces. Il incite le patient à exprimer librement sa vérité et il lui communique son empathie avec son point de vue : ses émotions, ses pensées et ses comportements sont réalistes, s'ils sont pris dans le contexte d'une époque donnée.

L'attitude confrontative, elle, est plus lente à mettre en place, car elle nécessite, pour qu'elle soit bien comprise, que la relation thérapeutique avec le patient soit déjà bien installée. En effet, confronter les Schémas et Stratégies Précoces du patient, en lui disant qu'ils ne sont plus d'actualité et que ses Stratégies Précoces doivent être modifiées, pour fonctionner dans le monde actuel, implique nécessairement que le patient crédite son thérapeute d'une *confiance suffisante*.

La confiance est un paramètre qui peut être objectivé : la *méthode du continuum* permet de demander au patient de placer sur une même ligne (graduée de 0 à 100 %) le niveau de confiance qu'il accorde à différentes personnes de sa connaissance : quelles sont celles en qui il a le moins de confiance, celles avec qui il se sent très fortement en confiance. Parmi ces personnes, on peut lui demander d'évaluer son thérapeute, en précisant qu'il est inutile de chercher à faire plaisir, que cette mesure est destinée à servir efficacement dans la thérapie. Il est très intéressant de suivre l'évolution de la confiance attribuée au thérapeute à différents temps de la thérapie. Et en particulier, de demander des mesures rétrospectives : « Quand vous dites que vous me faites confiance aujourd'hui à 80 %, alors que nous en sommes à 2 mois de votre thérapie, pouvez-vous préciser à combien était cette confiance le premier jour ? Et à un mois ? » Il est également important

de faire préciser pour quelle raison la confiance a évolué dans ce sens (en principe dans le sens positif !), et aussi ce dont le patient aurait besoin, selon lui, pour que la confiance soit encore plus élevée : dans les conditions de la thérapie, et aussi et surtout dans la connaissance de la *personne* du thérapeute (figure 11.6).

Lorsque le patient se sent compris et validé dans son ressenti, et qu'il attribue à son thérapeute une confiance suffisante, ce dernier peut alors confronter les aspects dysfonctionnels de la vision du patient en utilisant les techniques cognitives : arguments contre le Schéma, inconvénients des Stratégies. Il ne peut adopter l'attitude confrontative que s'il juge avoir atteint un niveau de confiance suffisant dans l'esprit du patient. Si le niveau de confiance est trop faible, le patient se sentira critiqué dans sa personne et ne parviendra pas à intégrer les propos de son thérapeute comme un simple constat de fait et une aide thérapeutique. Dans la confrontation empathique, le praticien cherche à proposer des alternatives saines, en montrant la nécessité du changement pour aller mieux.

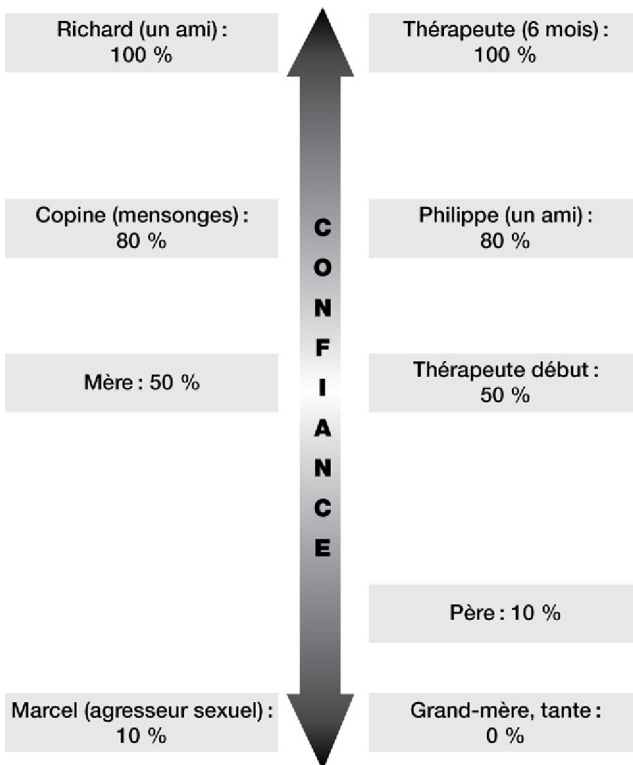


Figure 11.6. Échelle de confiance.

Tout au long de la thérapie, le praticien cherchera à naviguer aussi souplesment que possible entre ces deux extrêmes : empathie d'une part, confrontation d'autre part. Plus la thérapie sera « jeune », plus il sera empathique. Plus elle sera avancée, la confiance du patient grandissant, plus il se montrera confrontatif, notamment vis-à-vis des changements de Stratégies.

Reparentage limité

Dans l'imagerie de l'enfance (voir chapitres précédents), le thérapeute demande au patient l'autorisation d'entrer dans l'image afin de dialoguer avec le parent dysfonctionnel et avec l'enfant. Ces interventions ont pour but le reparentage, c'est-à-dire que le praticien cherche à montrer à l'enfant ce qui lui a manqué et à le lui apporter.

Dans le temps présent, au travers de la relation thérapeutique en séance, le thérapeute cherche à intervenir de la même manière que l'Adulte Sain dans l'imagerie d'enfance :

- il cherche à combler les besoins affectifs fondamentaux insatisfaits du patient ;
- il cherche à créer un lien d'attachement sécurisé avec son patient, en se montrant empathique, prévisible, stable ;
- il cherche à lui apprendre à s'autoréguler émotionnellement ;
- il cherche à lui apprendre l'autonomie et l'envie d'explorer son environnement avec curiosité.

Selon les besoins du Mode Enfant Vulnérable du patient, il devra : fournir de la stabilité, créer de la confiance, encourager l'indépendance, fixer des limites, inciter à la spontanéité et à l'expression de soi, utiliser l'humour, etc.

Au cours des séances, le thérapeute cherche à créer des expériences émotionnelles qui combleront partiellement ce dont le patient a manqué dans sa vie, dans la limite des règles éthiques et professionnelles. Le comportement du thérapeute sert d'antidote aux expériences infantiles du patient.

Le patient va ainsi internaliser un fonctionnement calqué sur le thérapeute, qui puisse combattre ses Schémas et inspirer un comportement sain : il renforce son Mode Adulte Sain.

Le reparentage est dit limité ; en effet, le thérapeute ne cherche pas à être le parent ni à faire régresser le patient au stade de la dépendance infantile.

Exemple de reparentage, pour un Schéma d'Abandon :

- donner un numéro de téléphone à utiliser par texto en cas d'anxiété majeure, ou une adresse électronique, et accepter de répondre dans des délais qui conviennent au thérapeute ;
- donner un objet transitionnel (stylo, etc.) ;
- aider à accepter des limites malgré le besoin affectif ;
- révélation de soi authentique.

12 Développement du Mode Adulte Sain

Le développement du Mode Adulte Sain est le but final de la thérapie : il s'agit de chercher à faire évoluer la structure de la personnalité vers un fonctionnement qui soit capable de prendre du recul par rapport à tous les états émotionnels du sujet, qui sache les autoréguler et prendre des décisions dans le sens de ce qui est bon pour lui, au lieu d'obéir à des Stratégies inconscientes établies sous l'effet de contraintes subies au cours de l'enfance. Le thérapeute cherche à ce que le Mode Adulte Sain soit capable de prendre en charge les différents Modes dysfonctionnels pour les atténuer dans leur impulsivité, leur intensité et dans leur autonomie : nous avons tous des Modes, mais nous parvenons à les contrôler par ce *Mode de pilotage centralisé* que représente l'adulte Sain. Au cours des chapitres précédents, nous avons envisagé chaque fois l'intervention de l'Adulte Sain dans les dialogues externes avec les personnages dysfonctionnels, et dans les dialogues internes entre les différents Modes.

Au travers de la *relation thérapeutique*, le thérapeute cherche à repérer et à montrer au patient les moments durant lesquels, soit dans les événements de la vie courante, soit en séance, le patient est dans son Mode Adulte Sain, et aussi les progrès réalisés au cours de l'évolution de la thérapie : la partie du temps passé en Adulte Sain augmente et ses capacités d'autonomie émotionnelle et comportementale aussi. Il cherche à ce qu'il soit actif dans la thérapie, en prenant part aux décisions ; il l'incite à donner son avis et à proposer des solutions. Toutes les fois qu'un problème apparaît, dans la vie courante ou en séance, il est demandé au patient de chercher à le conceptualiser lui-même avec tous les outils déjà utilisés dans les chapitres précédents et, notamment, le diagramme de conceptualisation sera appliqué le plus souvent possible.

Les *méthodes émotionnelles* (dialogues en imagerie, dialogues de chaises) seront utilisées non seulement pour aborder les difficultés du passé, mais aussi pour envisager des problèmes à résoudre dans le présent et le futur, comme vu dans le chapitre consacré au traitement du Mode Enfant Vulnérable, lorsqu'il était question du changement de Stratégies (voir pp. 184-190).

Les *techniques cognitives*, associées à la *méditation de pleine conscience*, mettent également le Mode Adulte Sain du sujet au travail. L'entraînement à la méditation de pleine conscience permet de focaliser la conscience de l'instant présent sur le ressenti corporel, sur la perception objective de l'environnement, et vise à observer les pensées du patient comme des objets par rapport auquel il peut défusionner, en les considérant comme des objets mentaux qu'il peut étudier en prenant du recul. L'identification des pensées automatiques

et des émotions a pour but de lui faire reconnaître son ressenti émotionnel et cognitif ainsi que sa tendance spontanée à agir. Puis la recherche des alternatives rationnelles et de comportements alternatifs (la restructuration cognitive de Beck) incite le sujet à mettre en œuvre ses compétences de réflexion. Toutes ces techniques incitent l'Adulte Sain à être actif le plus souvent possible.

Sur le *plan comportemental*, le thérapeute incite le sujet à se trouver des activités culturelles, sportives et de bien-être, qui lui font du bien et dans lesquelles il parvient à trouver un juste équilibre entre ses besoins personnels et ceux des autres, sans égocentrisme excessif ni abnégation pathologique. Il cherche à ce qu'il développe des relations interpersonnelles qui soient agréables pour lui et pour les autres, aussi bien au travail qu'avec ses amis ou sur le plan sentimental. Pour ce qui est des relations affectives, il l'incite à des relations d'attachement sécurisé, dans lesquelles les personnes investies soient suffisamment stables et prévisibles. Il propose aussi que le patient cherche à établir un bon équilibre entre ses besoins personnels et ses obligations.

Annexes

Annexe 1 – Questionnaire des Schémas de Young (YSQ-L3)

Nom : _____

Date : _____

Instructions

Vous allez trouver ci-dessous des affirmations qui pourraient être utilisées par une personne pour se décrire elle-même. Nous vous prions de lire chaque affirmation et d'évaluer dans quelle mesure elle constitue une bonne description de vous-même. Lorsque vous hésitez, fondez votre réponse sur ce que vous ressentez émotionnellement, et non pas sur ce que vous pensez rationnellement être vrai pour vous.

Si vous le désirez, reformulez l'affirmation de telle sorte qu'elle vous corresponde encore mieux. Choisissez ensuite entre 1 et 6 la cote la plus élevée vous décrivant le mieux et inscrivez-la dans l'espace précédant chaque affirmation.

Échelle de cotation

1. Cela est complètement faux pour moi.
 2. Le plus souvent faux pour moi.
 3. Plutôt vrai que faux pour moi.
 4. Assez vrai pour moi.
 5. Le plus souvent vrai pour moi.
 6. Me décrit parfaitement.
-
1. _____ Les autres n'ont pas satisfait mes besoins affectifs.
 2. _____ Je n'ai pas reçu suffisamment d'amour et d'attention.
 3. _____ Dans l'ensemble, je n'ai eu personne sur qui compter pour recevoir des conseils ou du soutien affectif.
 4. _____ La plupart du temps, je n'ai eu personne pour m'aider à grandir, pour partager son univers intérieur avec moi, ou qui se soucie profondément de tout ce qui m'arrive.
 5. _____ Pour la plus grande partie de ma vie, je n'ai eu personne qui veuille être près de moi et passer beaucoup de temps avec moi.
 6. _____ En général, les autres n'ont pas été présents pour me prendre dans leurs bras, pour me donner de la chaleur et de l'affection.

7. _____ Pour la plus grande partie de ma vie, je n'ai jamais eu le sentiment que je représentais quelqu'un d'important pour quelqu'un d'autre.
8. _____ En grande partie, je n'ai eu personne qui m'écoute réellement, me comprenne et soit sensible à mes besoins et mes sentiments véritables.
9. _____ Je n'ai pas eu une personne forte pour me donner de bons conseils ou pour me guider lorsque je ne savais pas quoi faire.
*(ed)
10. _____ Je suis préoccupé(e) par le fait que les gens que j'aime vont mourir bientôt même s'il y a peu de raisons médicales à ma préoccupation.
11. _____ Je m'accroche aux gens dont je suis proche par peur qu'ils ne me quittent.
12. _____ Je crains que les gens dont je me sens proche ne me quittent ou ne m'abandonnent.
13. _____ J'ai le sentiment de manquer d'une base stable qui me soutienne affectivement.
14. _____ Je n'ai pas l'impression que les relations importantes dureront : je m'attends à ce qu'elles finissent.
15. _____ Je me sens « accro » aux partenaires qui ne peuvent pas s'engager avec moi de façon stable.
16. _____ Je finirai seul(e).
17. _____ Quand je sens que quelqu'un à qui je tiens s'éloigne de moi, je deviens désespéré(e).
18. _____ Quelquefois j'ai tellement peur que les gens m'abandonnent que je les repousse.
19. _____ Je deviens bouleversé(e) quand quelqu'un me laisse seul(e) même pour une courte période.
20. _____ Je ne peux pas compter sur la présence régulière de ceux qui me soutiennent.
21. _____ Je ne peux me permettre d'être vraiment proche des autres car je ne peux être sûr(e) qu'ils seront toujours là.
22. _____ Il me semble que les personnes importantes dans ma vie sont toujours en train de venir et de repartir.
23. _____ J'ai très peur que les personnes que j'aime ne trouvent quelqu'un d'autre qu'elles préfèrent et qu'elles m'abandonnent.
24. _____ Les gens qui me sont proches ont toujours été très imprévisibles : un moment ils sont disponibles et gentils, puis, ils sont fâchés, contrariés, querelleurs, préoccupés par eux-mêmes.
25. _____ J'ai tellement besoin des autres que j'ai peur de les perdre.
26. _____ Je ne peux être moi-même ou exprimer ce que je ressens véritablement, sinon les autres vont me quitter.

*(ab)

27. _____ J'ai l'impression que les autres vont profiter de moi.
28. _____ J'ai souvent l'impression que je dois me protéger des autres.
29. _____ J'ai l'impression que je dois être sur mes gardes en présence des autres sinon ils me blesseront intentionnellement.
30. _____ Si une personne est aimable avec moi, je suppose qu'elle cherche à obtenir quelque chose.
31. _____ Ce n'est qu'une question de temps avant que quelqu'un me trahisse.
32. _____ La plupart des gens pensent uniquement à eux.
33. _____ J'ai la plus grande difficulté à faire confiance aux autres.
34. _____ Je suis très méfiant(e) quant aux motivations des autres.
35. _____ Les autres sont rarement honnêtes, ils ne sont pas en général ce qu'ils paraissent.
36. _____ Je m'interroge habituellement sur les véritables intentions des autres.
37. _____ Si je pense que quelqu'un cherche à me blesser, je cherche à le blesser en premier.
38. _____ Les autres habituellement doivent faire leurs preuves avant que je leur accorde ma confiance.
39. _____ Je teste les autres pour voir s'ils me disent la vérité ou s'ils sont bien intentionnés.
40. _____ Je souscris à la croyance : « Contrôle ou tu seras contrôlé(e) ».
41. _____ Je me mets en colère quand je pense aux façons dont j'ai été maltraité(e) par les autres tout au long de ma vie.
42. _____ Tout au long de ma vie, mes proches ont profité de moi et m'ont utilisé(e) à leurs propres desseins.
43. _____ J'ai été physiquement, émotionnellement, ou sexuellement abusé(e) par des personnes importantes de ma vie.

*(ma)

44. _____ Je ne suis pas adapté(e).
45. _____ Je suis fondamentalement différent(e) des autres.
46. _____ Je suis à part ; je suis un(e) solitaire.
47. _____ Je me sens étranger(ère) aux autres.
48. _____ Je me sens isolé(e) et seul(e).
49. _____ Je me sens toujours à l'extérieur des groupes.
50. _____ Personne ne me comprend vraiment.
51. _____ Ma famille a toujours été différente des autres familles.
52. _____ J'ai parfois le sentiment d'être un(e) étranger(ère).
53. _____ Si je disparaissais demain, personne ne le remarquerait.

*(si)

54. _____ Aucun homme ou femme que je désire ne pourrait m'aimer une fois qu'il(elle) aurait vu mes défauts.

55. _____ Aucune personne que je désire ne pourrait rester proche de moi si elle savait qui je suis réellement.
56. _____ Je suis fondamentalement imparfait(e) et marqué(e) par un défaut.
57. _____ Même si je me donne le plus grand mal, je sens qu'il ne me sera pas possible d'obtenir le respect d'un homme ou d'une femme important(e) et de sentir que j'ai de la valeur.
58. _____ Je ne mérite pas l'amour, l'attention et le respect des autres.
59. _____ J'ai le sentiment d'être quelqu'un que l'on ne peut pas aimer.
60. _____ Je suis trop fondamentalement inacceptable pour me révéler aux autres.
61. _____ Je ne pourrais pas affronter les gens s'ils découvriraient mes défauts fondamentaux.
62. _____ Lorsque les gens m'apprécient, j'ai l'impression de les duper.
63. _____ Je suis souvent attiré(e) par les gens qui sont très critiques envers moi ou qui me rejettent.
64. _____ J'ai des secrets que je ne veux pas que mes proches découvrent.
65. _____ C'est de ma faute si mes parents n'ont pas pu m'aimer suffisamment.
66. _____ Je ne laisse pas les gens connaître ce que je suis réellement.
67. _____ Une de mes plus grandes peurs est que mes défauts deviennent publics.
68. _____ Je ne puis comprendre comment qui que ce soit pourrait m'aimer.
*(ds)
69. _____ Presque rien de ce que je fais au travail (ou à l'école) n'est aussi bon que ce que font les autres.
70. _____ Je suis incompetent(e) quand il s'agit de réussir.
71. _____ La plupart des gens sont plus doués que moi en ce qui concerne le travail (ou l'école) et la réussite.
72. _____ Je suis un(e) raté(e).
73. _____ Je n'ai pas autant de talent que les autres au travail (ou à l'école).
74. _____ Je ne suis pas aussi intelligent(e) que la plupart des gens quand il s'agit du travail (ou de l'école).
75. _____ Je suis humilié(e) par mes échecs ou mes insuffisances dans le monde du travail (ou de l'école).
76. _____ Je suis souvent mal à l'aise avec les autres, car je ne les vaudrais pas en termes de réussites.
77. _____ Je compare souvent mes réalisations à celles des autres et je trouve qu'ils réussissent beaucoup mieux.
*(fa)
78. _____ Je ne me sens pas capable de me débrouiller par moi-même dans la vie de tous les jours.

79. _____ J'ai besoin des autres pour m'aider à m'en sortir.
80. _____ Je n'ai pas le sentiment que je puisse bien m'adapter par moi-même.
81. _____ Je crois que les autres peuvent prendre soin de moi mieux que je ne le peux moi-même.
82. _____ J'ai des difficultés à prendre en charge de nouvelles tâches en dehors du travail à moins que quelqu'un ne me guide.
83. _____ Je me considère comme une personne dépendante en ce qui concerne la vie de tous les jours.
84. _____ Je bousille tout ce que j'entreprends, même à l'extérieur du travail (ou de l'école).
85. _____ Je suis stupide dans la plupart des domaines de la vie.
86. _____ Si je me fie à mon jugement dans la vie de tous les jours, je vais prendre la mauvaise décision.
87. _____ Je manque de bon sens.
88. _____ On ne peut se fier à mon jugement dans les situations quotidiennes.
89. _____ Je n'ai pas confiance dans ma capacité à résoudre les problèmes qui se posent tous les jours.
90. _____ Je pense avoir besoin de quelqu'un sur qui je puisse compter pour me donner des conseils sur les questions pratiques.
91. _____ Je me sens plus un(e) enfant qu'un(e) adulte quand il s'agit de prendre en main les responsabilités quotidiennes.
92. _____ Je me sens dépassé(e) par les responsabilités de tous les jours.
*(di)
93. _____ Il ne me semble pas possible d'échapper au sentiment que quelque chose de mauvais va bientôt se passer.
94. _____ J'ai l'impression qu'un désastre naturel, criminel, financier ou médical pourrait frapper à tout moment.
95. _____ J'ai peur de devenir un(e) sans domicile fixe ou un(e) mendiant(e).
96. _____ J'ai peur d'être attaqué(e).
97. _____ Je prends de grandes précautions pour éviter de tomber malade ou d'être blessé(e).
98. _____ J'ai peur d'avoir une maladie grave, même si rien de sérieux n'a été diagnostiqué par un médecin.
99. _____ Je suis quelqu'un de peureux(se).
100. _____ Je me soucie beaucoup de ce qui va mal dans le monde : le crime, la pollution, etc.
101. _____ J'ai souvent le sentiment que je pourrais devenir fou(folle).
102. _____ J'ai souvent l'impression que je vais avoir une crise d'angoisse.
103. _____ J'ai souvent peur d'avoir une crise cardiaque ou un cancer, même s'il y a peu de raisons médicales de s'en soucier.

104. _____ Je pense que le monde est un endroit dangereux.
* (vu)
105. _____ Je n'ai pas pu me séparer de ma mère ou de mon père comme semblent le faire les gens de mon âge.
106. _____ Mes parents et moi avons tendance à être sur-impliqués dans nos vies et nos problèmes réciproques.
107. _____ Il est très difficile, pour mes parents et moi-même, de garder secrets, chacun pour soi, certains détails intimes, sans nous sentir trahis ou coupables.
108. _____ Mes parents et moi devons nous parler presque tous les jours, sinon l'un de nous se sent coupable, blessé(e), déçu(e), ou seul(e).
109. _____ J'ai souvent l'impression de ne pas avoir une identité distincte de celle de mes parents ou de mon partenaire.
110. _____ J'ai souvent l'impression que mes parents vivent à travers moi – je n'ai pas une vie qui me soit propre.
111. _____ Il m'est vraiment ardu de maintenir une distance vis-à-vis des gens dont je suis intime ; il m'est difficile de me sentir une personne séparée.
112. _____ Je suis tellement lié(e) à mon partenaire ou à mes parents que je ne sais pas vraiment qui je suis ou ce que je veux.
113. _____ J'éprouve des difficultés à distinguer mon point de vue ou mon opinion de ceux de mes parents ou de mon partenaire.
114. _____ J'ai souvent l'impression de ne pas avoir d'intimité par rapport à mes parents ou mon partenaire.
115. _____ Je sens que mes parents seraient vraiment peinés si je vivais seul(e), loin d'eux.
116. _____ Je laisse les autres faire ce qu'ils veulent, car j'ai peur des conséquences.
117. _____ Je pense que si je fais ce que je veux, je cours après les problèmes.
118. _____ Je sens que je n'ai pas d'autre choix que de me soumettre aux souhaits des autres, sinon ils exerceront des représailles ou me rejeteront d'une façon ou d'une autre.
119. _____ Dans mes relations, je laisse l'autre avoir le dessus sur moi.
120. _____ Je laisse toujours les autres choisir à ma place, si bien que je ne sais pas vraiment ce que je veux moi-même.
121. _____ J'ai le sentiment que les décisions importantes de ma vie n'étaient pas vraiment les miennes.
122. _____ Je me soucie beaucoup de plaire aux autres, pour qu'ils ne me rejettent pas.
123. _____ J'ai beaucoup de difficultés à exiger que mes droits soient respectés et que mes sentiments soient pris en compte.
124. _____ Plutôt que manifester ouvertement ma colère, je me venge dans des petites choses.

125. _____ Je vais tolérer beaucoup plus de choses que la plupart des gens afin d'éviter une confrontation.
*(sb)
126. _____ Je fais passer les besoins des autres avant les miens, sinon je me sens coupable.
127. _____ Je me sens coupable si je laisse tomber les autres ou si je les déçois.
128. _____ Je donne davantage aux autres que je ne reçois en retour.
129. _____ Je suis celui (celle) qui finit généralement par prendre soin des gens dont je suis proche.
130. _____ Il n'y a presque rien que je ne puisse supporter lorsque j'aime quelqu'un.
131. _____ Je suis quelqu'un de bon car je pense aux autres plus qu'à moi-même.
132. _____ Au travail, je suis habituellement celui (celle) qui est volontaire pour faire des heures ou des tâches supplémentaires.
133. _____ Même si je suis très occupé(e), je trouve toujours du temps pour les autres.
134. _____ Je peux m'en sortir avec vraiment très peu car mes besoins sont minimes.
135. _____ Je ne suis heureux(se) que si les gens qui m'entourent le sont aussi.
136. _____ Je suis tellement occupé(e) à me dévouer pour les gens qui m'importent que j'ai très peu de temps pour moi.
137. _____ J'ai toujours été celui (celle) qui écoute les problèmes des autres.
138. _____ Je me sens plus à l'aise pour donner un cadeau que pour en recevoir un.
139. _____ On me voit comme quelqu'un qui en fait trop pour les autres et pas assez pour lui(elle)-même.
140. _____ Peu importe combien je donne, ce n'est jamais assez.
141. _____ Si je fais ce que je veux, je me sens vraiment mal à l'aise.
142. _____ Il m'est vraiment difficile de demander aux autres de se soucier de mes besoins.
143. _____ J'ai peur de perdre le contrôle de mes actes.
144. _____ J'ai peur de faire du mal à quelqu'un, physiquement ou affectivement, si je perds tout contrôle sur ma colère.
145. _____ Je sens que je dois contrôler mes émotions et mes impulsions, sinon quelque chose de déplorable risque de se produire.
146. _____ J'en arrive à accumuler en moi beaucoup de colère et de ressentiment que je n'exprime pas.
147. _____ Je suis trop gêné(e) pour exprimer des sentiments positifs aux autres (par exemple de l'affection, de l'intérêt).
148. _____ Je trouve embarrassant d'exprimer mes sentiments aux autres.

149. _____ Il m'est difficile d'être chaleureux(se) et spontané(e).
150. _____ Je me contrôle tellement bien que les autres croient que je n'ai pas d'émotions.
151. _____ Les gens me trouvent coincé(e) sur le plan émotionnel.
152. _____ Je dois être le(la) meilleur(e) dans presque tout ce que je fais, je ne peux pas accepter d'être le(la) deuxième.
153. _____ Je m'efforce de tout maintenir parfaitement en ordre.
154. _____ Je dois apparaître sous mon meilleur aspect la plupart du temps.
155. _____ Je m'efforce de faire de mon mieux ; je ne peux pas me contenter d'être « assez bien ».
156. _____ J'ai tant de choses à faire qu'il ne me reste presque pas de temps pour me détendre vraiment.
157. _____ Presque rien de ce que je fais n'est assez bien, je pourrais toujours faire mieux.
158. _____ Je dois faire face à toutes mes responsabilités.
159. _____ Je ressens une pression constante qui me force à faire les choses et à les réussir.
160. _____ Mes relations souffrent de ce que je m'impose trop de choses.
161. _____ Je m'impose une telle pression pour bien faire que ma santé en souffre.
162. _____ Souvent je sacrifie plaisir et bonheur pour atteindre mes idéaux.
163. _____ Lorsque je fais une erreur, je mérite une critique sévère.
164. _____ Je ne peux pas accepter de me dégager aisément d'une situation difficile ou de présenter des excuses pour mes erreurs.
165. _____ Je suis quelqu'un de très compétitif.
166. _____ J'attache beaucoup d'importance à l'argent ou au statut social.
167. _____ Je tiens toujours à être le(la) meilleur(e) dans ce que j'accomplis.
*(us)
168. _____ Lorsque j'attends quelque chose des autres, j'ai beaucoup de difficulté à accepter un refus.
169. _____ Je me mets souvent en colère ou je m'irrite quand je ne peux pas avoir ce que je veux.
170. _____ Je suis quelqu'un de spécial et je ne devrais pas avoir à accepter les restrictions auxquelles les autres doivent se soumettre.
171. _____ Je déteste être contraint(e) ou qu'on m'empêche de faire ce que je veux.
172. _____ Je crois que je n'ai pas à suivre les règles et les conventions comme les autres.
173. _____ J'ai le sentiment que j'ai beaucoup plus à offrir que les autres.
174. _____ Habituellement, je fais passer mes besoins avant ceux des autres.
175. _____ Je remarque souvent que l'importance accordée à mes priorités personnelles ne me laisse plus de temps pour les amis ou la famille.

176. _____ Les autres me disent souvent que je contrôle trop la façon dont les choses sont faites.
177. _____ Je suis très irrité(e) lorsque les autres ne font pas ce que je leur demande.
178. _____ Je ne supporte pas que les autres me disent ce que je dois faire.
179. _____ J'ai beaucoup de difficultés à m'arrêter de boire, de fumer, de trop manger ou à cesser d'autres comportements problématiques.
180. _____ Il ne me semble pas possible de me discipliner pour terminer des tâches routinières ou ennuyeuses.
181. _____ Souvent, je me laisse aller à mes impulsions ou à exprimer des émotions qui me créent des difficultés ou blessent les autres.
182. _____ Si je ne peux pas atteindre un but, je suis facilement frustré(e) et j'abandonne.
183. _____ Il m'est très difficile de sacrifier une gratification immédiate pour mener à bien un projet à long terme.
184. _____ Quand je me mets en colère, il est fréquent que je ne puisse pas du tout me contrôler.
185. _____ J'ai tendance à abuser de certaines choses, même si je sais que c'est mauvais pour moi.
186. _____ Je m'ennuie très facilement.
187. _____ Quand les tâches deviennent difficiles, je ne peux souvent pas persévérer pour les terminer.
188. _____ Je ne peux pas me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
189. _____ Je ne peux pas me forcer à faire des choses qui ne me plaisent pas même quand je sais que c'est pour mon bien.
190. _____ Je me mets en colère à la moindre offense.
191. _____ J'ai rarement été capable de tenir mes engagements.
192. _____ Je ne peux presque jamais m'empêcher de montrer aux gens mes véritables sentiments, même si cela doit me coûter cher.
193. _____ J'agis souvent impulsivement et je le regrette plus tard.
*(is)
194. _____ Il m'est important d'être aimé(e) par presque tous ceux que je connais.
195. _____ Je modifie mon comportement en fonction des gens avec qui je me trouve, afin qu'ils puissent m'aimer davantage.
196. _____ Je fais tout mon possible pour m'adapter.
197. _____ Mon estime personnelle est principalement fondée sur la façon dont les autres me voient.
198. _____ Posséder de l'argent et connaître des gens importants sont des choses qui me donnent de la valeur.
199. _____ Je consacre beaucoup de temps à soigner mon apparence afin de gagner l'estime des autres.

200. _____ Mes réussites ont plus de valeur à mes yeux si les autres les remarquent.
201. _____ Je suis à ce point soucieux(e) de m'adapter aux autres qu'il m'arrive de ne plus savoir qui je suis.
202. _____ Je trouve difficile de me fixer des objectifs propres, sans prendre en compte ce que les autres vont penser de mes choix.
203. _____ Lorsque je considère les décisions que j'ai prises dans ma vie, je réalise que la plupart d'entre elles reposaient sur le désir d'obtenir l'approbation des autres.
204. _____ Même si je n'aime pas une personne, je tiens malgré tout à ce qu'elle m'aime.
205. _____ À moins d'obtenir beaucoup d'attention des autres, je me sens peu important(e).
206. _____ Si j'interviens lors d'une réunion ou si on me présente dans un groupe, je cherche à être reconnu(e) et admiré(e).
207. _____ Lorsqu'on me fait beaucoup de compliments et d'éloges, je me sens une personne de valeur.
*(as)
208. _____ Même lorsque tout va bien, j'ai l'impression que ce ne sera que temporaire.
209. _____ S'il se produit quelque chose de bien, j'ai peur qu'il n'arrive ensuite quelque chose de mauvais.
210. _____ On n'est jamais assez prudent ; il peut toujours se produire quelque chose de mauvais.
211. _____ Même si je travaille beaucoup, j'ai peur de me retrouver un jour sans le sou.
212. _____ J'ai peur qu'une mauvaise décision ne puisse conduire à un désastre.
213. _____ Je me tourmente souvent pour des décisions mineures, car les conséquences d'une erreur m'apparaissent tellement graves.
214. _____ Je préfère considérer que les choses ne vont pas aller comme je le veux, car ainsi je ne serai pas déçu(e) si ça se passe mal.
215. _____ Je pense plutôt aux aspects négatifs de la vie et des événements qu'aux côtés positifs.
216. _____ J'ai tendance à être pessimiste.
217. _____ Mes proches considèrent que je me fais trop de soucis.
218. _____ Si les gens s'enthousiasment trop, je me sens mal et j'éprouve le besoin de les prévenir de ce qui pourrait mal se passer.
*(np)
219. _____ Si je fais une erreur, je mérite d'être puni(e).
220. _____ Si je ne donne pas le meilleur de moi-même, je dois m'attendre à échouer.
221. _____ Je n'ai aucune excuse si je fais une erreur.

222. _____ Les gens qui ne font pas leur part de travail à fond devraient être punis d'une manière ou d'une autre.
223. _____ La plupart du temps, je n'accepte pas les excuses des autres : ils n'ont pas pris leurs responsabilités et ils en paient les conséquences.
224. _____ Si je ne fais pas mon travail, je devrai en subir les conséquences.
225. _____ Je pense souvent à mes erreurs passées et je me mets en colère contre moi-même.
226. _____ Lorsque les gens font quelque chose de mal, j'ai du mal à appliquer la phrase : « Pardonnez et oubliez ».
227. _____ Je garde de la rancune envers les gens, même s'ils se sont excusés.
228. _____ Je me sens énervé(e) à l'idée que quelqu'un s'est tiré trop facilement d'un mauvais pas.
229. _____ Je me mets en colère lorsque des gens se trouvent des excuses, ou lorsqu'ils accusent les autres pour des problèmes dont ils sont eux-mêmes responsables.
230. _____ Peu importe les raisons, quand je fais une erreur, je devrais en payer le prix.
231. _____ Je m'en veux énormément lorsque je bousille quelque chose.
232. _____ Je suis quelqu'un de mauvais qui mérite d'être puni.
- *(pu)

© 2005, Jeffrey Young, Ph.D., Bernard Pascal et Pierre Cousineau. Remerciements à Gary Brown, Ph.D., Scott Kellogg, Ph.D., Glenn Waller, Ph.D., et aux autres thérapeutes et chercheurs qui ont contribué au développement du YSQ, 3^e éd. Reproduction interdite sans le consentement des auteurs. Pour plus d'information, écrire à : Schema Therapy Institute, 36 West 44th St., Ste. 1007, New York, NY 10036, ou, pour la version française : Bernard Pascal, 1, montée Saint-Nicolas, 38420 Domène, France (berpas@free.fr).

Annexe 2 – Codes des Schémas Précoces inadaptés dans le YSQ-L3

Les codes à deux lettres entre parenthèses sont l'abréviation correspondant à chaque Schéma Précoce Inadapté.

Dans le texte du questionnaire, ces codes suivent chaque groupe d'items, indiquant au thérapeute quel schéma vient d'être mesuré.

A. Domaine de séparation et rejet

1. Abandon/Instabilité (**ab**)
2. Méfiance/Abus (**ma**)

3. Manque Affectif (**ed**)
4. Imperfection/Honte (**ds**)
5. Isolement Social (**si**)

B. Domaine de manque d'autonomie et de performance

6. Dépendance/Incompétence (**di**)
7. Peur du Danger ou de la Maladie (**vh**)
8. Fusionnement/Personnalité Atrophiée (**eu**)
9. Échec (**fa**)

C. Domaine de manque de limites

10. Droits Personnels Exagérés/Grandeur (**et**)
11. Contrôle de Soi/Autodiscipline Insuffisants (**is**)

D. Domaine d'orientation vers les autres

12. Assujettissement (**sb**)
13. Abnégation (**ss**)
14. Recherche d'Approbation et de Reconnaissance (**as**)

E. Domaine de survigilance et inhibition

15. Négativité/Pessimisme (**np**)
16. Surcontrôle Émotionnel (**ei**)
17. Idéaux Exigeants/Critique Excessive (**us**)
18. Punition (**pu**)

Annexe 3 – Questionnaire des Modes – *Schema Mode Inventory* (SMI, version 1.1)

Traduction par Bernard Pascal et Pierre Cousineau

Instruction

Vous trouverez ci-dessous des affirmations que les gens peuvent utiliser pour se décrire. Pour chaque item, veuillez coter *la fréquence* avec laquelle vous avez pensé ou ressenti chaque affirmation *en général* en utilisant l'échelle à 6 points ci-dessous.

Échelle de cotation

1. Cela est complètement faux pour moi.
2. Le plus souvent faux pour moi.
3. Plutôt vrai que faux pour moi.

4. Assez vrai pour moi.
5. Le plus souvent vrai pour moi.
6. Me décrit parfaitement.

Fréquence	En général...
	1. J'exige qu'on me respecte, en ne me laissant pas bousculer.
	2. Je me sens aimé(e) et accepté(e).
	3. Je me refuse tout plaisir parce que je ne le mérite pas.
	4. Je me sens fondamentalement inadapté(e), déficient(e), imparfait(e).
	5. J'ai le besoin impulsif de me punir en me faisant du mal (par exemple en me coupant).
	6. Je me sens perdu(e).
	7. Je suis dur(e) avec moi-même.
	8. Je fais tout mon possible pour être agréable aux autres, afin d'éviter un conflit, une confrontation ou un rejet.
	9. Je ne peux pas me pardonner.
	10. J'agis dans le but de devenir le centre de l'attention.
	11. Je suis irrité(e) lorsque les gens ne font pas ce que je leur demande.
	12. Il m'est difficile de contrôler mes impulsions.
	13. Si je ne peux pas atteindre un but, je suis facilement frustré(e) et j'abandonne.
	14. J'ai des accès de fureur.
	15. J'agis de façon impulsive ou j'exprime des émotions qui me créent des difficultés ou qui blessent les autres.
	16. S'il se produit quelque chose de mal, c'est de ma faute.
	17. Je me sens satisfait(e) et serein(e).
	18. Je suis différent(e) selon les personnes avec qui je me trouve, afin qu'elles m'aiment ou qu'elles m'approuvent.
	19. Je me sens en lien avec les autres.
	20. Lorsque des problèmes se présentent, je m'efforce de les résoudre moi-même.
	21. Je ne sais pas me discipliner pour terminer des tâches routinières ou ennuyeuses.
	22. Si je ne me bats pas, on va abuser de moi ou me négliger.
	23. Je dois m'occuper des gens de mon entourage.
	24. Si on laisse les autres se moquer de soi ou nous brutaliser, on est un perdant.
	25. Je m'en prends physiquement aux autres lorsque je suis en colère contre eux.



Fréquence	En général...
	26. Lorsque je me mets en colère, il m'arrive souvent de ne pas me contrôler et de perdre mon sang-froid.
	27. Il m'est important d'être le numéro un (par exemple en ce qui concerne la popularité, la réussite, la valeur, le pouvoir).
	28. Je me sens indifférent(e).
	29. Je suis capable de résoudre des problèmes de façon rationnelle sans me laisser dépasser par mes émotions.
	30. Il est stupide de planifier ce que l'on doit faire.
	31. Je ne peux pas me contenter d'être le(la) deuxième, et non le(la) meilleur(e).
	32. Le meilleur moyen pour se défendre, c'est d'attaquer.
	33. Je me sens froid(e) et indifférent(e) envers les autres.
	34. Je me sens détaché(e) (aucun contact avec moi-même, avec mes émotions ou avec les autres).
	35. Je me laisse aveuglément aller à mes émotions.
	36. Je me sens désespéré(e).
	37. Je laisse les autres me critiquer ou m'humilier.
	38. Dans les relations, je laisse les autres avoir le dessus.
	39. Je me sens distant(e) des autres.
	40. Je ne réfléchis pas à ce que je dis et cela me crée des difficultés ou bien cela blesse les autres.
	41. Je travaille ou je fais du sport de manière intensive, afin de ne pas penser à des choses désagréables.
	42. Je me mets en colère si on essaie de m'enlever ma liberté ou mon indépendance.
	43. Je ne ressens rien.
	44. Je fais ce que je veux, sans tenir compte des besoins des besoins et des sentiments des autres.
	45. Je ne m'autorise ni détente ni amusement tant que je n'ai pas terminé tout ce que je dois faire.
	46. Quand je suis en colère, je lance tout ce qui me tombe sous la main.
	47. Je me sens furieux(se) contre les autres.
	48. Je sens que je m'adapte bien aux autres.
	49. J'ai accumulé beaucoup de colère en moi et j'ai besoin de la faire sortir.
	50. Je me sens seul.
	51. Je m'efforce de faire le mieux dans tout ce que j'entreprends.
	52. J'ai besoin d'avoir des activités excitantes ou calmanes pour éviter mes émotions (par exemple travailler, jouer à des jeux de hasard, manger, faire des achats, avoir des activités sexuelles, regarder la TV).

Fréquence	En général...
	53. L'égalité n'existe pas : il vaut donc mieux dominer les autres.
	54. Quand je suis en colère, je perds régulièrement le contrôle de moi-même et je deviens menaçant(e) pour les autres.
	55. Je laisse les autres faire ce qu'ils veulent, au lieu d'exprimer mes besoins personnels.
	56. Si quelqu'un n'est pas de mon côté, c'est qu'il (ou elle) est contre moi.
	57. Afin d'être ennuyé(e) le moins possible par mes pensées ou mes émotions désagréables, je veille à être toujours occupé(e).
	58. Si je me mets en colère contre les autres, je suis quelqu'un de mauvais.
	59. Je ne veux pas m'impliquer auprès des autres.
	60. Il m'est arrivé d'être en colère jusqu'au point d'agresser physiquement ou de tuer quelqu'un.
	61. Je ressens beaucoup de stabilité et de sécurité dans ma vie.
	62. Je sais reconnaître quand il est opportun d'exprimer mes émotions.
	63. Je suis en colère contre quelqu'un parce qu'il(elle) m'a laissé ou abandonné.
	64. Je ne ressens aucun lien avec les autres.
	65. Je ne suis pas capable de me forcer à faire les choses que je trouve ennuyeuses, même si je sais que c'est pour mon bien.
	66. J'enfreins les règles et je le regrette ensuite.
	67. Je me sens humilié(e).
	68. J'ai confiance en la plupart des gens.
	69. J'agis d'abord, je réfléchis ensuite.
	70. Je m'ennuie facilement et je me désintéresse des choses.
	71. Je me sens seul(e), même quand je suis avec des gens.
	72. Je ne m'autorise pas à avoir les activités agréables qu'ont les autres, parce que je suis quelqu'un de mauvais.
	73. Je peux affirmer ce que je veux sans être excessif(ve).
	74. Je pense que je suis spécial(e) et meilleur(e) que bien des gens.
	75. Je ne m'intéresse à rien ; rien n'est important.
	76. Lorsqu'on me dicte mes sentiments ou mon comportement, ça me met en colère.
	77. Si vous ne dominez pas les autres, ce sont eux qui vont vous diriger.
	78. J'exprime ce que je ressens, ou bien j'agis de façon impulsive, sans réfléchir aux conséquences.
	79. J'ai envie de faire de sévères reproches aux gens pour la façon dont ils m'ont traité(e).
	80. Je suis capable de prendre soin de moi.

Fréquence	En général...
	81. Je suis très critique à l'égard des autres.
	82. Je ressens une pression constante qui me force à faire les choses et à les réussir.
	83. J'essaie de ne pas faire d'erreurs ; sinon, je vais m'en vouloir.
	84. Je mérite d'être puni(e).
	85. Je suis capable d'apprendre, de mûrir et de changer.
	86. J'ai besoin de me distraire de mes pensées et de mes sentiments bouleversants.
	87. Je suis en colère contre moi-même.
	88. Je me sens à plat.
	89. Je dois être le(la) meilleur(e) dans tout ce que je fais.
	90. Je sacrifie le plaisir, la santé ou le bonheur pour répondre à mes exigences.
	91. Je suis exigeant(e) vis-à-vis des autres.
	92. Quand je suis en colère, je peux être tellement incontrôlable que j'en viens à frapper les gens.
	93. Je suis invulnérable.
	94. Je suis quelqu'un de mauvais.
	95. Je me sens en sécurité.
	96. Je me sens écouté(e), compris(e) et reconnu(e).
	97. Il m'est impossible de contrôler mes impulsions.
	98. Quand je suis en colère, je casse ce que j'ai sous la main.
	99. Si vous dominez les autres, il ne peut rien vous arriver.
	100. J'ai un comportement passif, même lorsque je n'apprécie pas la façon dont les choses se déroulent.
	101. Quand je suis en colère, il m'est impossible de me contrôler.
	102. Je me moque des autres, ou je les persécute.
	103. J'ai envie d'engueuler quelqu'un ou de lui faire du mal à cause d'une chose qu'il m'a faite.
	104. Je sais qu'il y a une bonne et une mauvaise façon de faire les choses ; je m'efforce de bien les faire, sinon je me critique moi-même.
	105. Je me sens souvent seul(e) au monde.
	106. Je me sens faible et impuissant(e).
	107. Je suis paresseux(se).
	108. Je peux tolérer n'importe quoi de la part de gens qui sont importants pour moi.
	109. J'ai été trahi(e) ou traité(e) de façon incorrecte.

Fréquence	En général...
	110. Si je ressens l'envie de faire quelque chose, j'y vais carrément.
	111. Je me sens rejeté(e) ou mis(e) à l'écart.
	112. Je dénigre les autres.
	113. Je me sens optimiste.
	114. Je ressens que je n'ai pas à suivre les mêmes règles que les autres.
	115. Actuellement, ma vie consiste essentiellement à faire les choses et à les faire « bien ».
	116. Je me force à être plus responsable que la plupart des autres gens.
	117. Je sais me défendre lorsque je sens qu'on me critique injustement, qu'on me maltraite ou qu'on profite de moi.
	118. Lorsqu'il m'arrive quelque chose de désagréable, je ne mérite pas la sympathie des autres.
	119. Je ressens que personne ne m'aime.
	120. Je ressens que je suis fondamentalement quelqu'un de bon.
	121. Lorsqu'il le faut, je suis capable d'achever des tâches ennuyeuses et routinières afin de mener à bien ce qui me paraît important.
	122. Je me sens spontané(e) et enjoué(e).
	123. Il peut m'arriver d'être tellement en colère que je suis capable de tuer quelqu'un.
	124. Je me connais bien et je sais ce qu'il me faut pour être heureux(se).

© 2008 J. Young, A. Arntz, T. Atkinson, J. Lobbestael, M. Weishaar, M. van Vreeswijk, J. Klokman, B. Pascal et P. Cousineau. Reproduction interdite sans le consentement écrit des auteurs. Pour information, écrire à : Schema Therapy Institute, 36 West 44th Street, Ste. 1007, New York, NY 10036, ou, pour la version française : Bernard Pascal, 1, montée Saint-Nicolas, 38420 Domene, France (berpas@free.fr) ; pour le Canada : Pierre Cousineau (Montréal, Québec) (cousineaup@videotron.ca).

Annexe 4 – Grille de cotation et interprétation pour le *Schema Mode Inventory*

Le questionnaire comporte 124 items. Vous trouverez ci-dessous la répartition des items pour chacun des 14 modes. Pour chaque mode du patient, calculez le résultat moyen (totalisez les points pour chaque mode et divisez ce total par le nombre d'items du mode) puis comparez-le avec la médiane et l'écart-type donnés sur divers échantillons.

1. Enfant Vulnérable ($n = 10$) : items 4, 6, 36, 50, 67, 71, 105, 106, 111, 119.
2. Enfant en Colère ($n = 10$) : items 22, 42, 47, 49, 56, 63, 76, 79, 103, 109.
3. Enfant Furieux ($n = 10$) : items 14, 25, 26, 46, 54, 60, 92, 98, 101, 123.
4. Enfant Impulsif ($n = 9$) : items 12, 15, 35, 40, 66, 69, 78, 97, 110.
5. Enfant Indiscipliné ($n = 6$) : items 13, 21, 30, 65, 70, 107.
6. Enfant Heureux ($n = 10$) : items 2, 17, 19, 48, 61, 68, 95, 96, 113, 122.
7. Soumis Obéissant ($n = 7$) : items 8, 18, 37, 38, 55, 100, 108.
8. Protecteur Détaché ($n = 9$) : items 28, 33, 34, 39, 43, 59, 64, 75, 88.
9. Auto-Tranquilliseur Détaché ($n = 4$) : items 41, 52, 57, 86.
10. Auto-Magnificateur ($n = 10$) : items 10, 11, 27, 31, 44, 74, 81, 89, 91, 114.
11. Agresseur Brutal ($n = 9$) : items 1, 24, 32, 53, 77, 93, 99, 102, 112.
12. Parent Punitif ($n = 10$) : items 3, 5, 9, 16, 58, 72, 84, 87, 94, 118.
13. Parent Exigeant ($n = 10$) : items 7, 23, 45, 51, 82, 83, 90, 104, 115, 116.
14. Adulte Sain ($n = 10$) : items 20, 29, 62, 73, 80, 85, 117, 120, 121, 124.